



Conceptualisation sociologique de la construction sociale du TDAH.

Médicalisation et pharmaceuticalisation des difficultés scolaires
dans un système scolaire potentiellement anémique.

Par

Mathieu T. Larose

Département d'administration et fondements de l'éducation

Faculté des sciences de l'éducation

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en éducation, option
éducation comparée et fondements de l'éducation

Dépôt final: 6 mai 2020

© Mathieu T. Larose

Résumé

Ce mémoire de maîtrise constitue une proposition théorique dans le cadre de laquelle je propose une conceptualisation de la construction sociale du trouble déficitaire de l'attention (TDAH) et son traitement par médication psychostimulante, en s'intéressant au processus diagnostique et aux interactions qu'il implique entre les membres de l'écologie scolaire (enseignants, professionnels, élèves, parents, gestionnaires, formateurs), mais aussi entre ces derniers et ceux du domaine médical (médecin généraliste, pédopsychiatre ou psychiatre, pédiatre, psychologue, neurologue). En brossant un portrait exhaustif des connaissances sociales et scientifiques sur ce qu'on nomme communément le TDAH, je présente comment il y a eu redéfinition sociale d'un trouble scolaire en trouble médical, c'est-à-dire comment il y a eu une médicalisation des difficultés scolaires. Cette médicalisation ayant socialement cheminé vers une pharmaceuticalisation de cette non-conformité aux normes scolaires, alors que le traitement par médication psychostimulante est devenu une solution de plus en plus légitime pour plusieurs élèves d'ordre primaire au cours des dernières décennies. Cependant, même si mémoire ne vise pas à nier l'existence d'un tel trouble neurologique, de nombreux facteurs permettent d'observer que des processus sociaux peuvent influencer les taux diagnostiques et les taux de traitement par médication, alors qu'il y a raisons de croire que le Québec est en situation de surdiagnostics et de surprescriptions, principalement chez la population des élèves d'ordre primaire. Suivant cette perspective, ce mémoire propose une conceptualisation sociologique inédite qui pourrait permettre de mieux comprendre comment ces deux phénomènes sont le résultat d'une construction sociale par des processus sociaux. Une conceptualisation qui propose autant d'aborder et d'analyser le TDAH d'un point de vue macrosocial que d'un point de vue microsocal.

Mots-clés :

TDAH ; sociologie ; cadre théorique ; théorisation ; conceptualisation ; difficultés scolaires ; construction sociale ; norme ; médicalisation ; pharmaceuticalisation ; pédagogisation ; anomie ; culture scolaire ; schèmes interprétatifs ; déviance ; étiquetage ; entrepreneurs de morale.

Abstract

This master's thesis constitutes a theoretical proposal in which I propose a conceptualization to understand the social construction of ADHD and its treatment with psychostimulant medication, focusing on the diagnostic process and the interactions it involves between members of the school ecology (teachers, professionals, students, parents, managers, trainers), but also between those and those of the medical field (general practitioner, child psychiatrist or psychiatrist, pediatrician, psychologist, neurologist). By providing a comprehensive picture of social and scientific knowledge of what is commonly referred to as ADHD, I present how a school disorder has been socially redefined in a medical disorder, i.e. how academic difficulties have been medicalized. This medicalization has made a social path to pharmaceuticalizing this non-compliance with school standards, while psychostimulant medication treatment has become an increasingly legitimate solution for many primary students in recent decades. However, while memory is not intended to deny the existence of such a neurological disorder, there are many factors that can be observed by social processes that can influence diagnostic rates and rates of medication treatment, while there is reason to believe that Quebec is in a situation of overdiagnosis and overprescription, mainly among the primary student population. From this perspective, this dissertation proposes a new sociological conceptualization that could allow us to better understand how these two phenomena are the result of social construction from social processes. A conceptualization that proposes as much to address and analyze ADHD from a macrosocial point of view as from a microsocial point of view.

Key words

ADHD ; sociology ; theory ; theorizing ; concept ; conceptualisation ; schools problems ; social construct ; medicalization ; pharmaceuticalization ; pedagogization ; anomie ; school culture ; interpretative scheme ; deviance ; labelling ; moral entrepreneurs.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iii
Table des matières	iv
Liste des figures et tableaux	viii
Liste des expressions, des abréviations et des sigles	ix
Dédicace	x
Épigraphe	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
1 Chapitre 1. Problématique	4
1.1 La contextualisation générale du phénomène	6
1.1.1 L'interprétation biomédicale et pharmacologique du TDAH.....	7
1.1.1.1 L'historique du diagnostic du TDAH et de la légitimité de son interprétation biomédicale	7
1.1.1.2 La définition socialement légitime du TDAH aujourd'hui.....	11
1.1.2 Le TDAH d'un point de vue pratique : les fonctions exécutives et le concept de norme	12
1.1.2.1 Le TDAH et le concept de norme.....	14
1.1.2.2 Les nombreux facteurs autres que le TDAH à tenir en compte dans l'évaluation des fonctions exécutives.....	15
1.1.3 Les possibles conséquences d'un TDAH dans la vie d'un individu.....	17
1.2 Le processus diagnostique du TDAH chez un enfant d'ordre primaire	18
1.2.1 Les détenteurs socialement légitimes pour diagnostiquer et prescrire un traitement par médication psychostimulante	19
1.2.1.1 Les évaluations diagnostiques selon les contextes de prise en charge	20
1.2.2 La trajectoire type d'un processus diagnostique.....	22
1.2.3 Le TDAH et la médication psychostimulante	23
1.2.3.1 Les types de médicaments psychostimulantes associées au TDAH.....	24
1.2.3.2 L'aspect problématique du TDAH : son association au traitement par médication psychostimulante.....	24
1.2.3.3 La médication psychostimulante, la responsabilité sociale et le déplacement social du rôle de la médication psychostimulante.....	25
1.2.4 Le TDAH et les interventions humaines	26
1.2.5 L'incertitude face aux bienfaits de la médication psychostimulante.....	29
1.2.6 La prévalence et les tendances statistiques.....	32
1.2.6.1 La prévalence théorique et la prévalence empirique	32

1.2.6.2	L'accroissement de la prévalence du TDAH et de la consommation de médication psychostimulante.....	34
1.2.6.2.1	Les tendances statistiques au Québec entre 1997 et 2005.....	35
1.2.6.2.2	Les tendances statistiques au Québec entre 2006 et 2015.....	36
1.2.6.3	La situation du Québec comparativement au reste du Canada.....	38
1.2.6.4	L'effet de genre, l'effet d'âge et l'effet de genre.....	39
1.2.6.5	Les questions à se poser face à ces tendances statistiques.....	41
1.2.7	L'interprétation sociale du TDAH : informations ambiguës et contradictoires	42
1.2.7.1	La présence du TDAH dans les médias.....	43
1.2.7.1.1	Une dénonciation médiatique faite par des pédiatres québécois	45
1.2.7.2	La présence du TDAH dans les écrits ministériels.....	51
1.2.8	L'interprétation du TDAH dans un contexte de système d'éducation inclusif.....	52
1.2.8.1	Le continuum de l'intégration scolaire.....	53
1.3	Les justifications de la perspective sociologique.....	55
1.3.1	Des apports sociologiques aux connaissances sur le TDAH.....	56
1.3.2	Le TDAH : aussi une « maladie » subjective de déviance à la norme	58
1.3.2.1	Le TDAH et les normes.....	58
1.3.2.1.1	Le TDAH comme une étiquette de la déviance.....	59
1.3.2.1.2	La construction sociale normative de la réussite et de la difficulté.....	61
1.3.3	Le but premier d'une institution privée dans un système capitaliste.....	62
1.3.4	La perspective sociologique de cette recherche.....	64
1.4	Les professionnels de l'éducation d'ordre primaire : acteurs importants dans le processus diagnostique du TDAH.....	65
1.4.1	La culture scolaire à travers le concept de schème interprétatif.....	69
1.4.1.1	La construction et l'appropriation des schèmes interprétatifs des éducateurs....	70
1.4.1.2	Le passage d'une stigmatisation vers une biomédicalisation	72
1.4.1.3	La potentielle intention derrière l'utilisation du schème interprétatif médico-psychologique	75
1.4.1.3.1	Les fonctions d'éduquer, de qualifier et de socialiser	76
1.4.1.3.2	L'approche catégorielle et le schème interprétatif médico-psychologique. .	77
1.4.2	L'état des connaissances sur les « schèmes interprétatifs » des éducateurs d'ordre primaire du Québec à l'égard du TDAH	81
1.4.2.1	Une sous-culture enseignante à travers les perceptions des acteurs ?	82
1.4.2.1.1	Les enseignants : moteur de la médicalisation du TDAH malgré eux ?.....	82
1.4.2.1.2	Une dynamique interactionnelle conflictuelle ?.....	85
1.4.2.2	Une sous-culture enseignante à travers le concept de représentations sociales ?	

1.4.2.2.1	Des représentations sociales du TDAH, nuancées et incertaines, dans le contexte scolaire d'ordre primaire ?	86
1.4.2.2.2	L'identification des représentations des parents et celles des enseignants à l'égard du TDAH ?	90
1.4.2.3	Une sous-culture enseignante à travers le concept de croyances ?	93
1.4.2.4	La socialisation professionnelle des éducateurs d'ordre primaire	98
1.4.2.4.1	La phase intermédiaire de la socialisation professionnelle	99
1.4.2.4.2	La phase tertiaire de la socialisation professionnelle	100
1.5	Les objets de recherche potentiels et la question générale de recherche	106
2	Chapitre 2. Une conceptualisation sociologique	110
2.1	Les concepts d'idéal, de norme, de valeur et d'anomie.....	112
2.1.1	Les concepts d'idéal, de norme et de valeur.....	114
2.1.2	Le concept d'anomie précisé	115
2.1.2.1	Les réactions sociales possibles à l'anomie selon Merton.....	118
2.1.2.1.1	La typologie des modes d'adaptation individuelle de Merton	119
2.1.2.1.2	La typologie des modes d'adaptation individuelle de Merton adaptée aux élèves d'ordre primaire.....	121
2.1.3	La première étape de la conceptualisation.....	124
2.2	Les concepts de représentations collectives, d'individualisation, de médicalisation et de pharmaceuticalisation	125
2.2.1	Les représentations collectives	126
2.2.2	L'individualisation d'un problème social : blâmer la victime.....	128
2.2.3	La médicalisation : interpréter un problème comme étant une maladie	131
2.2.4	La pharmaceuticalisation : légitimer la solution pharmacologique.....	133
2.2.5	La deuxième étape de la conceptualisation	133
2.3	Le concept de schème interprétatif.....	135
2.3.1	La conceptualisation du social : l'impératif du vivre-ensemble.....	136
2.3.2	Le schème interprétatif issu de la médicalisation de l'échec scolaire	138
2.3.3	La troisième étape de la conceptualisation	141
2.4	La socialisation professionnelle, les conventions et l'intentionnalité	142
2.4.1	La socialisation professionnelle.....	142
2.4.2	Les conventions de métier des éducateurs à l'égard du TDAH.....	144
2.4.3	L'intentionnalité	146
2.4.4	La quatrième étape de la conceptualisation	146
2.5	Les concepts d'entrepreneurs de morale, de stigmatisation, d'étiquetage, d'<i>Outsiders</i> et d'<i>Insiders</i>.....	148
2.5.1	Les entrepreneurs de morale.....	149
2.5.2	L'étiquetage et le stigmatisme.....	151

2.5.3	Les <i>Outsiders</i> les <i>Insiders</i>	152
2.5.4	La cinquième étape de la conceptualisation	153
2.6	Les concepts de biosocialisation et d'actant	156
2.6.1	La conceptualisation finale	157
2.7	Réflexion sur la conceptualisation	158
Conclusion		160
Bibliographie		162
Annexes		174
Annexe 1- Propositions méthodologiques pour une opérationnalisation du cadre théorique		174
Annexe 2 - Première phase d'exploration		178
Annexe 3 -Deuxième phase de la recherche documentaire		179
Annexe 4 - Troisième phase de la recherche documentaire		182
Annexe 5 - L'échelle d'évaluation SNAP		183

Liste des figures et tableaux

FIGURE 1 : ELEMENTS DU FONCTIONNEMENT EXECUTIF AFFECTES (BROWN, 2005, DANS MOHONEY, 2012, P. 4)	13
FIGURE 2 : RESPONSE TO INTERVENTION MODEL (RTI) / MODELE DE LA REPONSE A L'INTERVENTION (RAI).....	54
FIGURE 3 : PREMIERE ETAPE DE LA CONCEPTUALISATION SOCIOLOGIQUE.....	125
FIGURE 4 : DEUXIEME ETAPE DE LA CONCEPTUALISATION SOCIOLOGIQUE	135
FIGURE 5 : TROISIEME ETAPE DE LA CONCEPTUALISATION SOCIOLOGIQUE.....	142
FIGURE 6 : QUATRIEME ETAPE DE LA CONCEPTUALISATION SOCIOLOGIQUE.....	148
FIGURE 7 : LA CINQUIEME ETAPE DE LA CONCEPTUALISATION	155
FIGURE 8 : CONCEPTION SOCIOLOGIQUE FINALE.....	158
TABLEAU 1 : PREVALENCE DU TDAH AU QUEBEC, EN COMPARAISON AVEC LE RESTE DU CANADA	39
TABLEAU 2 : LA TYPOLOGIE DES MODES D'ADAPTATION INDIVIDUELLE DE MERTON.....	121
TABLEAU 3 : LA TYPOLOGIE DES MODES D'ADAPTATION INDIVIDUELLE ADAPTEE AUX ELEVES D'ORDRE PRIMAIRE.....	124
TABLEAU 4 : EXEMPLE DE GRILLE D'OBSERVATION.	175
TABLEAU 5 : EXEMPLE D'UNE GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE	177
TABLEAU 6 : EXEMPLE DE GRILLE DE CONSULTATION D'ARTEFACTS.....	177
TABLEAU 7 : TERMES UTILISES LORS DE LA PHASE 1 DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	178
TABLEAU 8 : MOTEURS DE RECHERCHES.....	179
TABLEAU 9 : TERMES UTILISES LORS DE LA SECONDE PHASE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	181

Liste des expressions, des abréviations et des sigles

TDAH	Trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (théorique et empirique).
TDAH théorique	Le TDAH comme un trouble, tel que défini dans le DSM-V.
TDAH empirique	Le TDAH comme une étiquette, tel que mobilisé empiriquement
TDAH scolaire	Utilisation du terme TDAH pour référer à un écart aux normes scolaires d'attention et de comportement, plutôt qu'à un écart aux normes médicales.
Difficultés scolaires	Difficultés associées aux normes scolaires (académiques ET comportementales).
Idéal	Représentation d'objectif(s), de but(s), de visée(s); d'attente(s); de souhait (s).
Idéal type	Conceptualisation d'un phénomène dans son niveau le plus extrême (presque toujours inatteignable), qui permet simplement de comprendre vers quoi quelque chose peut tendre ou s'éloigner. Représentation dans une idée de mesure.

Dédicace

À ma mère, Angèle,
parce que ton amour a
déplacé des montagnes.

À mon père, Pierre,
parce que tu veilles sur
moi d'en haut.

À Gilles et Pauline,
pour votre support
inestimable.

Épigraphe

“ *Nous avons un seul corps, mais avec plusieurs parties qui ont toutes des fonctions différentes. De même, bien que nous soyons nombreux, nous formons un seul corps dans l’union avec le Christ et nous sommes tous unis les uns aux autres comme les parties d’un même corps. Nous avons des dons différents à utiliser selon ce que Dieu a accordé gratuitement à chacun.*

Romains 12 ; 4 – 6

Remerciements

La rédaction de ce mémoire a été une expérience très enrichissante, comportant son lot de défis, de moments de joie et de moments de perte de repères. Une expérience que je n'aurais probablement pas pu mettre à terme sans la contribution des gens qui m'ont entouré.

Je remercie Dieu, parce que je crois fondamentalement que lorsqu'on Le cherche, Il nous trouve.

Je remercie ma mère, Angèle, pour son support et son amour, avec qui je peux partager mes joies comme mes insécurités. Merci d'être la mère que tu es.

Je remercie mon directeur de recherche, M. Marc-André Deniger, Professeur titulaire à la Faculté des sciences de l'éducation, qui m'a accompagné, supporté, encouragé et rassuré, dès le premier jour et tout au long de ces deux années. Merci, parce que tu as su me mettre à l'aise, me faire rire et me faire sentir à ma place.

Je remercie Mme Joëlle Morrissette, Professeure agrégée à la Faculté des sciences de l'éducation, pour cette belle relation professionnelle et personnelle qui s'est développée au cours de ces deux années. Une professeure dévouée sur qui j'ai pu compter tout au long de mon parcours. Merci, parce que tu es une personne attentionnée et un modèle inspirant, qui me pousse à me dépasser. Je n'ai jamais autant appris de quelqu'un.

Je remercie Margaux Salvinien, pour tes encouragements, ton support et pour les beaux moments passés ensemble, qui m'ont permis de continuer lors de moments difficiles. Merci pour tout.

Je remercie mes grands-parents, Gilles et Pauline, pour leur support inconditionnel. Merci de croire en moi et en mes projets universitaires.

Je remercie mes *Brothers*, Martin, Bruno, Philippe, Pierre et Maxime, ainsi que ma *Sister* Vicky, pour être toujours là pour moi. Merci de rendre la vie si agréable.

Je remercie ma Famille d'Alliance et Vie, pour tout l'amour que vous apportez au monde.

Je remercie les membres de la famille Soleno, qui m'ont encouragé et supporté dans mon retour aux études.

Je remercie la Maison Jean-Lapointe et à la Fondation Jean Lapointe, pour les miracles que vous faites chaque jour. Un merci spécial pour M. Luc Paiement, pour avoir cru en moi.

Introduction

Dans le contexte d'une maîtrise, ce mémoire présente une démarche de nature théorique, plutôt qu'une démarche qui aurait impliqué une cueillette de données et une analyse de celles-ci. Il a pour but d'élaborer une conceptualisation qui permet d'aborder l'objet de la construction sociale et historique du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) d'un point de vue conceptuel, principalement dans son association avec un traitement par médication psychostimulante, de sa relation avec l'École, ainsi que des différents facteurs et interactions qui vont influencer les types de processus diagnostique. Pour atteindre ce but, il vise à d'abord à faire une recension d'écrits exhaustive sur la question, dans le but d'en dégager les principaux enjeux. Il a ensuite comme objectif de justifier une relecture de la problématique sous un angle sociologique, pour finalement dégager les principales assises conceptuelles d'une telle entreprise.

Au cours des dernières années, j'ai entendu ou lu plusieurs discours sur ce qu'on appelle communément le TDAH. Que ce soit dans des articles scientifiques issus des sciences pures ou des sciences humaines, dans des conversations quotidiennes ou à travers les médias, on peut facilement observer que ce terme est plus utilisé d'année en année. En ce sens, le trouble neurologique apparaît comme une interprétation de plus en plus valide et légitime de la « réalité » pour expliquer des difficultés personnelles de maîtrise de diverses compétences, principalement des compétences scolaires. Celles-ci, qui sont principalement associées aux fonctions exécutives, sont liées à des qualités personnelles telles que l'attention et la concentration, le calme et la tempérance, la planification et la gestion de temps, l'activation au travail, la mémoire, ainsi que la performance. À l'inverse, les difficultés personnelles associées au TDAH peuvent s'observer par l'inattention (perte de focus) et la déconnexion de la réalité (être dans la lune, dans son imagination), l'hyperactivité et l'impulsivité (non-maîtrise de son corps et de ses émotions), la désorganisation et la perte de temps (ne pas être à son affaire), le report constant de la tâche à accomplir (procrastination, paresse), l'oubli d'informations et/ou d'objets et/ou de tâche, ainsi que les échecs vis-à-vis les attentes à son égard. Ces comportements sont communs chez n'importe quel individu à divers moments de leur vie et principalement chez les enfants en processus d'apprentissage. Autrement dit, une compétence est quelque chose

qui s'apprend et l'apprentissage implique des difficultés et des échecs à un certain point. C'est donc plutôt dans leur degré d'intensité, dans leur niveau de fréquence et dans leur caractère inapproprié (selon les situations/contextes), dans une relation directe avec la norme attendue, que ces comportements peuvent être interprétés comme problématiques. Ils peuvent même être considérés comme pathologiques et, finalement, être interprétés comme étant des conséquences d'un trouble neurologique, c'est-à-dire jusqu'à s'inscrire sous l'étiquette du diagnostic médical du TDAH (Brault, 2011).

Comme ce trouble est une interprétation neurologique de ces difficultés socialement problématiques (selon les situations/contextes et selon les normes en place), il est de plus en plus associé à un traitement pharmacologique, c'est-à-dire principalement à des types de médicaments psychostimulants. De plus, comme il s'agit de difficultés sur le plan de fonctions exécutives, qui elles, sont constamment mobilisées pour atteindre les objectifs (normes) scolaires, le TDAH occupe maintenant une place prédominante dans la manière d'interpréter les difficultés scolaires chez les jeunes élèves fréquentant le système d'éducation québécois. La médicalisation est une conceptualisation sociologique identifiant ce processus par lequel un problème social se redéfinit comme un problème d'ordre médical. Ainsi, des difficultés scolaires en sont venues à s'inscrire sous une interprétation médicale, principalement d'ordre neurologique. En ce sens, on peut affirmer qu'il y a eu, à un certain degré, une médicalisation des difficultés scolaires au cours des 30 dernières années en Amérique du Nord et ailleurs. Cependant, ce n'est pas le simple fait d'associer un type de difficultés sous un terme diagnostic médical qui sera traité dans le cadre de ce mémoire. C'est surtout l'association entre le diagnostic et son traitement pharmacologique, c'est-à-dire la pharmaceuticalisation des difficultés scolaires, ce concept sociologique identifiant ce procédé au cours duquel une médication en vient à être considérée comme la solution légitime à certains problèmes sociaux, notamment les difficultés scolaires.

Une grande ambivalence m'habitait au commencement de ma maîtrise. Assiste-t-on à un dopage intellectuel de jeunes qui ne cadrent pas avec les normes et les attentes scolaires, fondées sur un idéal de conformité et sur une logique d'économie des ressources ? Ou bien, au contraire, est-ce que les empêcher d'avoir une prescription psychostimulante viendrait

les priver d'une vie plus inclusive et plus épanouissante ? C'est principalement cette ambivalence sociologique et morale qui m'a fait choisir le TDAH comme thème général.

Pour mener cette réflexion, le premier chapitre consiste en la présentation du TDAH comme problématique sociologique. Je tiens à préciser que, puisque ce mémoire ne comporte pas une recherche empirique concrète, la problématique ne cherche pas à en arriver à un objet assez précis pour conduire une recherche spécifique, mais vise plutôt à présenter plusieurs facteurs qui contribuent à considérer le TDAH comme une construction sociale. En ce sens, le premier chapitre présente de manière précise les éléments qui font du TDAH un phénomène important à aborder de manière sociologique, tant pour des raisons sociales que scientifiques. Tout d'abord, j'argumenterai que le TDAH théorique¹ semble mal défini et qu'il pourrait fréquemment être diagnostiqué dans des conditions hautement subjectives. Dit autrement, le TDAH empirique² semble fréquemment s'éloigner du TDAH théorique et être un trouble scolaire plus qu'un trouble neurologique, alors que les critères diagnostiques pourraient être devenus majoritairement des normes scolaires plutôt que des normes biologiques. Ceci expliquerait, en partie, pourquoi le Québec est en situation de surdiagnostics et de surprescriptions de médicaments psychostimulantes. Après avoir contextualisé sociologiquement le phénomène du TDAH, le premier chapitre vise aussi à présenter une recension d'écrits qui permet d'observer l'importance des membres de l'écologie scolaire au cours des processus diagnostiques du trouble chez les enfants d'ordre primaire, une considération qui permet de poser une question générale de recherche.

Le deuxième et dernier chapitre expose les concepts sociologiques identifiés à travers la recherche documentaire sur le TDAH. Comme il s'agit d'un objet qui a été traité par plusieurs chercheurs et de plusieurs manières, j'en suis venu, à travers la lecture de leurs travaux, à établir une conceptualisation hypothétique inédite, permettant d'analyser le TDAH d'un point de vue sociologique.

¹ Le TDAH théorique renvoie à la définition du TDAH dans le DSM-V, alors que le trouble demeure une théorie qui n'est pas encore vérifiable à travers les instruments médicaux présentement disponibles.

² Le TDAH empirique renvoie à la manière empirique de définir le TDAH et de le diagnostiquer par les différents acteurs sociaux.

1 Chapitre 1. Problématique

Les analyses qui imputent la médicalisation aux progrès de la science ou à l'impérialisme médical constituent les deux faces d'une interprétation réductrice du phénomène [...] la médicalisation de l'échec scolaire est aussi une scolarisation (au sens de confrontation à l'influence scolaire) de l'univers médico-psychologique, les professionnels du soin peuvent y contribuer, mais aussi y résister, voire la dénoncer.
(Morel, 2014, p. 200)

Cette citation de Morel (2014), qui a fait une recherche sur la médicalisation de l'échec scolaire dans les schèmes interprétatifs des enseignants français, permet d'illustrer la teneur de ce premier chapitre, qui mettra justement en exergue comment le pouvoir médical a su transformer des difficultés scolaires en symptômes d'un trouble neurologique³, mais aussi comment le domaine de l'éducation s'est approprié cette interprétation de la situation et l'aurait amplifiée⁴, d'une telle manière que même certains acteurs du domaine médical peuvent dénoncer les pratiques actuelles⁵ en milieu scolaire. Ce chapitre fait donc un portrait du phénomène qu'est le TDAH d'un point de vue sociologique, appuyé sur une recherche documentaire exhaustive⁶.

La première section du chapitre concerne la contextualisation du phénomène. Il s'agit, en premier lieu, de présenter les interprétations neurobiologiques et pharmacologiques aux fondements du trouble, tant théoriquement qu'empiriquement. Je présente ainsi l'historique ayant mené à ces interprétations et les définitions officielles. En second lieu, il y a une discussion sur le trouble d'un point de vue pratique, c'est-à-dire selon les fonctions exécutives, tout en présentant le concept central de norme et les nombreux facteurs à tenir en compte dans l'évaluation des compétences d'un élève d'ordre primaire. En troisième lieu, une brève présentation des possibles conséquences d'un TDAH dans la vie de ces élèves.

³ TDAH théorique.

⁴ TDAH scolaire.

⁵ TDAH empirique.

⁶ Il est important d'expliquer que la recherche documentaire ayant mené à ce mémoire peut être divisée en trois phases distinctes, allant d'une phase d'exploration globale et imprécise, vers des critères de recherche plus précis, alors qu'elle s'est notamment précisée selon un angle sociologique. Pour accéder à mes méthodes de recherches documentaires, notamment les moteurs de recherches, les mots-clés utilisés et les critères d'inclusion et/ou d'exclusion, j'invite à consulter l'Annexe 2.

La deuxième section vise à présenter et à discuter des éléments et des étapes du processus diagnostique d'un TDAH chez un élève d'ordre primaire, à partir du dépistage de difficultés scolaires jusqu'à la tombée du diagnostic et de la prescription d'une médication psychostimulante. Ceci implique d'aborder les acteurs présents et influents au cours de ce processus et les trajectoires types de celui-ci. Il y aura aussi une discussion sur la médication psychostimulante, vu l'importance majeure de celle-ci dans la compréhension de la construction sociale du TDAH, plus précisément des différents types de médications, des effets potentiellement problématiques qu'elles peuvent avoir dans la vie des individus, de la relation entre la société et le médicament, ainsi que des incertitudes envers les bienfaits qu'elle procure. Après la réflexion sur ce sujet, dans laquelle il y a un bref détour vers la question des interventions humaines possibles pour aider un élève ayant des difficultés scolaires (l'adaptation scolaire, la rééducation, ainsi que la modification de l'environnement et des conditions de vie du jeune), je brosse le portrait statistique du phénomène, tant sur le plan des diagnostics que sur celui des prescriptions de médications. Il s'agit de considérer la prévalence théorique et de la comparer avec la prévalence empirique; d'observer les variations de prévalence empirique selon les différents contextes sociaux; d'observer l'accroissement de celle-ci au cours des dernières décennies; d'observer la situation québécoise en comparaison avec les autres provinces ou autres pays occidentaux, ainsi que d'illustrer des phénomènes statistiques qui viennent semer un doute sur l'objectivité du processus diagnostique. Cette deuxième section se termine sur la place que peut tenir le TDAH dans les différents « lieux » sociaux d'accès à la connaissance (médias, système de santé, écrits ministériels, École), alors que dans ces mêmes lieux, on peut observer une confrontation d'idées et une incertitude collective à l'égard du trouble, mais surtout à l'égard de la médication qui lui est associée. En effet, malgré une prétendue tendance sociale vers l'acceptation de cette solution, il y aurait toujours un certain inconfort social et moral envers celle-ci, malgré sa grande présence dans le contexte d'un système scolaire inclusif.

La troisième section vise à expliquer et à justifier la pertinence de la perspective sociologique dans la compréhension du TDAH. Sont brièvement présentés des apports sociologiques aux connaissances sur le trouble, afin de nuancer l'interprétation purement neurologique du phénomène, alors que la discipline nous permet de comprendre que le

TDAH serait aussi un trouble subjectif de déviance aux normes sociales et scolaires. Il est aussi question du problème éthique que peut sous-tendre la solution pharmacologique dans un contexte dans lequel les pharmaceutiques sont des compagnies capitalistes qui visent d'abord le profit et, ensuite, la santé de ses consommateurs⁷. La section se termine sur les besoins de recherches sociologiques sur l'objet, principalement sur l'importance de s'intéresser à la participation des enseignants et d'autres acteurs de l'écologie scolaire dans le processus diagnostique.

Pour cette raison, la quatrième section propose une recension d'écrits sur la participation de ceux-ci à ce processus diagnostique, alors qu'ils semblent être des acteurs importants, voire même des acteurs-clés qui possèderaient un pouvoir diagnostique informel. On peut même observer une certaine sous-culture enseignante à l'égard du TDAH. À travers plusieurs recherches ayant utilisé des concepts différents, mais similaires dans une certaine mesure, j'expose comment celles-ci peignent un portrait des professionnels de l'éducation comme porteurs d'une médicalisation des difficultés scolaires, voire même parfois comme moteur de celle-ci.

La cinquième et dernière section sert à expliquer comment les quatre précédentes m'ont permis d'en arriver à une question générale de recherche qui concerne la participation des éducateurs d'ordre primaire au processus diagnostique du TDAH.

1.1 La contextualisation générale du phénomène

La contextualisation générale du phénomène du TDAH est ici faite par la discussion des interprétations neurobiologiques et pharmacologiques aux fondements du trouble, tant théoriquement qu'empiriquement (1.1.1.), de la relation entre TDAH et médication psychostimulante (1.1.2.), des interventions humaines possibles pour aider un élève ayant des difficultés scolaires (1.1.3.), d'un portrait statistique du phénomène, tant sur le plan des diagnostics que sur celui des prescriptions de médicaments (1.1.4.), de la place que peut tenir le TDAH dans les différents domaines sociaux d'accès à la connaissance (1.1.5.), ainsi que de la place du TDAH dans un contexte d'inclusion scolaire (1.1.6.).

⁷ Selon une interprétation marxiste du capitalisme.

1.1.1 L'interprétation biomédicale et pharmacologique du TDAH

On ne peut pas comprendre le phénomène du TDAH sans discuter les interprétations neurobiologiques et pharmacologiques aux fondements du trouble, tant théoriquement qu'empiriquement. Il faut donc rappeler brièvement l'historique ayant mené à ces interprétations, pour ensuite identifier les définitions officielles retenues à ce jour. Il conviendra également d'aborder ce trouble d'un point de vue pratique et de souligner les possibles conséquences de celui-ci dans la vie des individus.

1.1.1.1 *L'historique du diagnostic du TDAH et de la légitimité de son interprétation biomédicale*

L'interprétation médicale du TDAH tirerait son origine des travaux d'un pédiatre anglais nommé Still qui, en 1902, a observé des garçons d'intelligence relativement normale ayant des difficultés d'apprentissage, des troubles de conduite et un faible niveau d'attention. Il a proposé une explication voulant que ces difficultés soient les résultats d'une perturbation du sens moral de l'enfant par une hypothétique anomalie neurologique (Brault, 2011 ; Quesnel, 2008). Toutefois, le chercheur n'utilisait pas les notions d'inattention et d'hyperactivité associées au TDAH d'aujourd'hui. Celles-ci étaient plutôt secondaires au « déficit moral » de ces enfants qu'il expliquait par des qualificatifs reliés à la délinquance tels que : « (1) intensité; (2) méchanceté-cruauté; (3) jalousie; (4) anarchie; (5) malhonnêteté; (6) méchanceté-destruction-gratuité; (7) effronterie-impudicité; (8) immoralité sexuelle; et (9) violence » (traduction de Brice 2009 ; cité dans Rafalovich, 2004, p. 28). Bien qu'aucun de ces qualificatifs ne soit directement associé au TDAH tel que défini aujourd'hui, « cette représentation de l'enfance "immorale" reflète l'intérêt de la société, sinon de la médecine, pour la délinquance juvénile qui sera souvent confondue avec l'enfance "anormale" de la fin du 1^{er} siècle à la veille de la Seconde Guerre mondiale » (Brice, 2009, p. 43-44).

Quant à elle, l'hypothèse d'un trouble neurologique a été appuyée par des observations scientifiques faites chez des enfants ayant possiblement subi des séquelles importantes au lobe frontal après avoir survécu à une épidémie d'encéphalite en 1918 (Brault, 2011 ; Quesnel, 2008). Il s'agit d'une maladie infectieuse menant à l'inflammation du cerveau et à l'attaque du tissu cérébral⁸. À la suite de l'infection, les enfants manifestaient des

⁸ https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=encephalite_pm

problèmes cognitifs et moraux semblables aux observations de Still, qu'ils ne manifestaient pas avant d'avoir l'infection. C'est ainsi que des difficultés d'apprentissage, notamment l'inattention et les comportements difficiles, ont été associées à des troubles neurologiques. Aujourd'hui encore, les causes associées à un TDAH sont fondées sur une étiologie biologique et neurologique, même si l'absence de preuve et de consensus demeure (Ibid), puisqu'il s'agit d'une corrélation hypothétique.

Plus récemment, le progrès des connaissances en neurosciences pharmacologiques a aussi contribué à la validation du trouble comme biologique et neurologique. Ces avancées des connaissances ont notamment pris de l'importance et de la légitimité grâce à deux innovations pharmacologiques :

La première [découverte] a été faite en 1937, alors que Charles Bradley constate qu'un psychostimulant à base d'amphétamines (la benzédrine), existant depuis une dizaine d'années et principalement utilisé chez les adultes, améliore plusieurs problèmes de comportements (dont l'hyperactivité), ainsi que la performance scolaire chez les enfants (Conrad et Schneider, 1992; Sandberg et Barton, 2002; Barkley, 2003; Singh, 2006). La seconde a été faite en 1955, quand un autre médecin découvre que le Ritalin, utilisé dans le traitement de la narcolepsie et de la dépression légère chez les adultes, a le même impact sur les comportements que la benzédrine, effets secondaires en moins (Conrad et Schneider, 1992; Singh, 2002; Singh, 2006). (Brault, 2011, p. 7-8)

En 1961, la *Food and Drug Association* (FDA) américaine permet de prescrire le Ritalin à des enfants pour améliorer leurs comportements (Brault, 2011), soit seulement six ans après sa découverte comme traitement ayant un impact significatif sur les difficultés d'hyperactivité et d'inattention. Sept ans plus tard, donc en 1968, l'ancêtre du TDAH, le trouble d'hyperkinésie, apparaît dans la 2e version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), un ouvrage publié par l'Association américaine de Psychiatrie (APA) et qui sert de référentiel pour les professionnels de la santé : « La "réaction hyperkinétique de l'enfance" (American Psychiatric Association (APA), 1968) était principalement caractérisée par des comportements d'hyperactivité, de l'agitation, de la distraction et par un manque d'attention » (Brault, 2011, p. 5). Le trouble est ainsi devenu officiellement associé à un traitement par le Ritalin (Brault, 2011). Ainsi, une certaine amélioration de la condition des individus souffrant d'hyperkinésie, à la suite d'une prise de médicaments psychotropes, a renforcé l'étiologie biologique et neurologique du trouble, alors que l'amélioration causée par le médicament a été considérée comme l'évidence

même de la présence d'un trouble biologique et neurologique (Ibid). Toutefois, cet argument, encore utilisé aujourd'hui par certains, est aussi l'objet de critiques depuis 1978, parce que « les psychostimulants augmentent l'attention chez les enfants souffrant du TDAH, mais aussi chez les enfants sains » (Gonon, Guilé et Cohen, 2010, p. 274). Par ailleurs, l'avancée des connaissances sur les neurotransmetteurs a aussi contribué à l'étiologie biologique du TDAH :

Cependant, l'avancée des connaissances, d'une part du fonctionnement cognitif normal, et, d'autre part, des troubles comme le TDA/H, indique que ce trouble manifeste en réalité l'inefficacité relative de certains systèmes de neurotransmetteurs, en particulier la dopamine (DA) et la noradrénaline (NA). Les recherches biochimiques, génétiques, mais aussi en imagerie cérébrale fonctionnelle confirment l'implication de ces deux systèmes de neurotransmetteurs dans le TDA/H. (Rénéric, 2012, p. 31)

Ainsi, il y aurait bel et bien des différences de manifestations dans l'efficacité des neurotransmetteurs, qui serait moindre chez les TDAH que chez les gens sans le trouble. Toutefois, ces manifestations ne peuvent être liées à une maladie neurodéveloppementale que de manière hypothétique, car elles peuvent tout aussi bien être le résultat d'autres facteurs dans la vie de l'enfant, tels que son environnement, l'intensité de la stimulation à laquelle il a été exposé et le degré de développement de ses compétences. Ceci s'apparente à la dépression, qui peut être un trouble des neurotransmetteurs, mais peut aussi être la résultante de conditions de vie difficiles, voire délétères. De la même manière, un problème de dos peut être dû à une maladie dégénérative, tout comme à de mauvaises habitudes de postures. En ce sens, le symptôme d'une maladie ne valide pas, à lui seul, la présence d'une maladie, alors que ces symptômes peuvent aussi être les conséquences d'autres causes.

En outre, si les dernières recherches concernant l'hypothèse génétique du TDAH amènent à croire qu'il n'y aurait pas de gène du TDAH, il reste l'hypothèse développementale et l'hypothèse de l'hérédité. La première propose que le TDAH soit un retard de développement du cerveau en raison de causes biologiques (Gonon, Guilé et Cohen, 2010). Toutefois, nous savons aussi que « de nombreux facteurs environnementaux peuvent perturber le développement des fonctions cérébrales » (Gonon, Guilé et Cohen, 2010, p. 276). La seconde hypothèse propose que le TDAH soit un trouble neurologique puisqu'il y aurait des preuves d'hérédité, c'est-à-dire de récurrences statistiquement significatives entre les générations. Pour plusieurs, cette simple corrélation valide et légitime le trouble

comme étant de nature biomédicale : « de nombreux textes récents reconnaissent que la pathophysiologie du TDAH reste obscure, mais affirment que la forte héritabilité du TDAH prouve son origine biologique » (Ibid). Certains professionnels, appartenant au domaine de la santé, vont jusqu'à déclarer que ne pas y croire serait aussi ridicule que de ne pas croire que la Terre est ronde :

La contestation de la valeur du diagnostic de TDAH, de plus, n'est vraiment pas au goût du jour. En 2002, une déclaration de plus de 80 chercheurs et cliniciens du monde entier affirmait que refuser de considérer le TDAH comme une pathologie mentale équivalait à « déclarer que la Terre est plate, les lois de la gravité contestables et le tableau périodique des éléments une fraude ». En d'autres termes, d'un point de vue scientifique, il n'y avait pas de discussion possible.⁹

En effet, le TDAH est plus fréquent chez certaines familles et on peut observer qu'un enfant a plus de risques d'être TDAH si ses parents le sont. Le problème ici est que de nombreux phénomènes ayant une fréquence statistique familiale plus élevée sont des phénomènes sociaux, par exemple la condition socio-économique ou le taux de diplomation. Cependant, la pauvreté et le faible taux de diplomation ne relèvent pas de considérations génétiques, mais sont plutôt des conséquences de la reproduction sociale des classes selon l'hypothèse la plus convergente. Pour ce qui est du TDAH, de nombreux facteurs environnementaux ont des effets sur l'inattention et l'hyperactivité. Les principaux facteurs de risque sont (Gonon, Guilé et Cohen, 2010, p. 276) :

- faible niveau économique des parents ;
- naissance prématurée ;
- alcoolisme et tabagie pendant la grossesse ;
- mère trop jeune ;
- mère élevant seul son garçon ;
- parents souffrant de troubles mentaux ;
- enfants maltraités ;
- excès de télévision entre un et trois ans

Ainsi, ces nombreux facteurs environnementaux, agissant comme facteurs de risque à développer un « TDAH », seraient des conditions de reproduction sociale. L'hérédité de comportements que la médecine associe au TDAH peut donc, en partie, s'expliquer sociologiquement. En ce sens, elle n'est pas suffisante pour prouver indéniablement que

⁹ Le Devoir, 2015, « Le TDAH est-il une fausse maladie », <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/448654/le-tdah-est-il-une-fausse-maladie>

l'origine du TDAH est biologique. On peut cependant parler d'héritabilité, qui définit une situation où il y a ressemblance d'individus apparentés, pour un caractère donné, sans toutefois se prononcer si cette ressemblance est due à des causes génétiques ou environnementales¹⁰.

Finalement, ces trois corrélations, soit celle d'une similarité entre les difficultés des enfants qui auraient un TDAH avec les difficultés cognitives d'individus ayant subi des lésions neurologiques, celle suggérant une possible amélioration de la condition des patients suite à un traitement par médicaments psychotropes, et celle reposant sur une hérédité du trouble, sont aux fondements de l'hypothèse d'un système nerveux central et d'un fonctionnement neurologique différents de la norme chez un individu ayant un TDAH. Le but ici n'est pas d'invalider l'existence d'un tel trouble, mais plutôt de nuancer les arguments souvent tenus pour acquis. Non seulement aucun d'entre eux ne permet d'affirmer la présence d'un réel trouble neurologique, mais leurs mesures d'évaluation diagnostique restent expérimentales (Mahoney, 2012), c'est-à-dire qu'il n'y a pas de test biologique ou neurologique pour déceler un TDAH, l'évaluation du trouble se faisant essentiellement par l'entremise d'évaluations psychométriques ou d'observations des comportements de l'enfant par différents spécialistes médicaux. Ces limites permettent de remettre en question l'étiologie neurologique pour expliquer presque automatiquement l'inattention et/ou l'hyperactivité en contexte scolaire d'ordre primaire.

1.1.1.2 *La définition socialement légitime du TDAH aujourd'hui*

Malgré ces réserves¹¹, l'interprétation neurologique des symptômes associés au TDAH reste l'interprétation la plus légitime socialement. À ce jour, « le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est considéré comme un trouble neurodéveloppemental constitué d'inattention cliniquement significative et/ou d'hyperactivité » (traduction libre de DuPaul, Pollack et D. Pinho, 2017, p. 399). Selon le DSM-V (2013a), le trouble peut se diagnostiquer selon trois sous-types :

1. Inattention prédominante : caractérisé par des comportements inattentifs (être facilement distrait, être dans la lune, ne pas avoir d'attention soutenue, etc.).

¹⁰ Dictionnaire Larousse en ligne.

¹¹ D'ailleurs, plusieurs autres réserves à tenir en compte seront présentées au cours du présent chapitre.

2. Hyperactivité/impulsivité prédominante : caractérisé par des comportements hyperactifs (ne pas rester en place, bouger de manière excessive, etc.) et impulsifs (être impatient, avoir de la difficulté à attendre son tour, etc.).
3. Mixte : caractérisé par des comportements inattentifs et hyperactifs / impulsifs.

Il faut rappeler ici que c'est la manifestation fréquente, intense et « inappropriée » de ces comportements, qui est interprétée comme étant pathologique et qui fonde le diagnostic médical du TDAH (Brault, 2011).

Ainsi, dans le DSM-V, le TDAH est classé dans la section des troubles neurodéveloppementaux et il s'agirait donc d'un désordre mental, c'est-à-dire une perturbation cliniquement significative qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux chez l'individu (APA, 2013b). L'expression « cliniquement significative » veut dire qu'il doit être possible de conduire des observations permettant d'établir une corrélation entre les comportements/difficultés de l'enfant et les comportements/difficultés cognitifs associés théoriquement au TDAH. S'il est important de présenter la définition du TDAH selon la dernière édition du DSM, c'est qu'il s'agit d'un guide phare pour les praticiens et, que d'un point de vue historique, les changements apportés dans le DSM ont résulté en une augmentation du nombre de diagnostics TDAH, puisque ces changements ont des impacts significatifs sur les recherches menées et sur les pratiques cliniques (Prosser et Reid, 2013).

1.1.2 Le TDAH d'un point de vue pratique : les fonctions exécutives et le concept de norme

D'un point de vue pratique, qu'est-ce que le TDAH ? Cette question peut notamment être abordée à la manière du manuel *Children with School Problems : A Physician's Manual* (Andrews et Mahoney, 2012), rédigé et révisé par des pédiatres de la Société canadienne de pédiatrie, qui « est le premier ouvrage canadien conçu expressément pour répondre aux besoins des médecins qui travaillent avec des enfants ayant des troubles d'apprentissages et d'autres problèmes scolaires » (Société canadienne de pédiatrie, 2018). Dans ce guide se trouvent des outils pratiques et des ressources que les médecins peuvent utiliser pour diagnostiquer et traiter les enfants ayant des troubles d'apprentissage (Ibid). Selon ces experts, « l'une des principales faiblesses pour expliquer les difficultés rencontrées par les

enfants atteints du TDAH réside dans le "fonctionnement exécutif" » (traduction libre, Mahoney, 2012, p. 3). Les fonctions exécutives constituent un ensemble de processus mentaux qui permet une régulation interne efficace de la pensée, du comportement et des émotions et qui, par conséquent, permet à l'individu d'atteindre ses buts (Mahoney, 2012). D'une manière pratique, le fonctionnement exécutif décrit les compétences nécessaires pour réussir à l'école et, plus tard, dans sa vocation professionnelle et dans sa vie sociale en général. Il s'agit, notamment, « des compétences impliquées dans la planification, l'organisation, l'élaboration de stratégies, l'attention et la mémorisation des détails, et la gestion du temps et de l'espace » (traduction libre, Mahoney, 2012, p. 3). La compréhension et la mesure des bases neurologiques de ces fonctions ne sont pas maîtrisées scientifiquement, mais sont plutôt en cours d'évolution, notamment par des recherches sur l'évaluation d'adultes ayant subi des lésions cérébrales (Ibid). Le fonctionnement exécutif est donc un cadre théorique, différent selon certains modèles ou certains experts, qui sert à identifier les fonctions cognitives qui seraient altérées par le trouble neurodéveloppemental du TDAH. Par exemple, examinons le modèle de Brown :

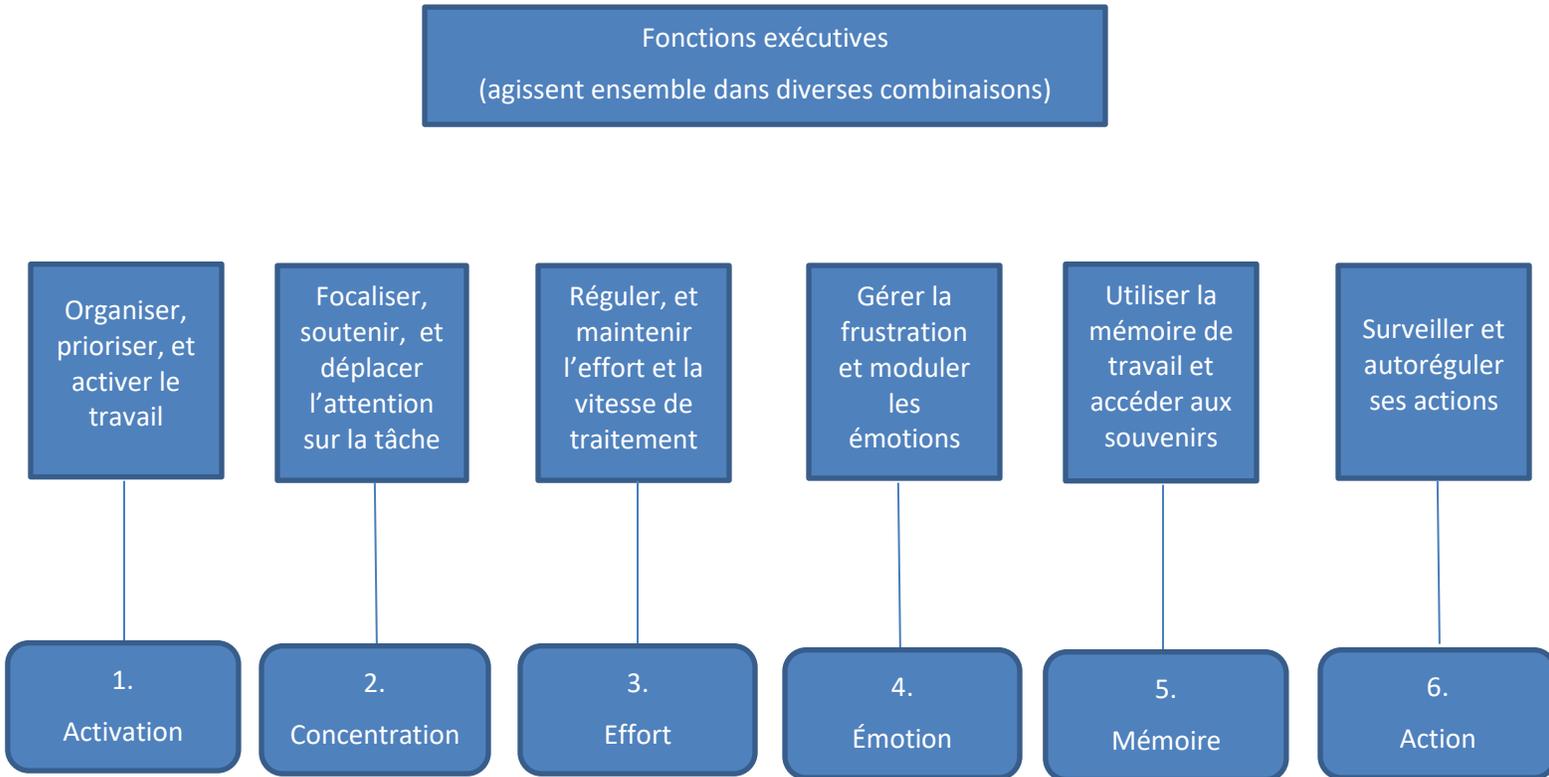


Figure 1 : éléments du fonctionnement exécutif affectés (Brown, 2005, dans Mahoney, 2012, p. 4)

Ce modèle résume les principales fonctions exécutives qui seraient affectées chez les enfants ayant un diagnostic TDAH. Celles-ci auraient des influences sur les compétences nécessaires pour répondre aux normes d'interactions sociales, aux normes comportementales et aux normes de performances (notamment scolaires) (Mahoney, 2012).

1.1.2.1 *Le TDAH et le concept de norme*

Avant de continuer, il est nécessaire de définir ce qu'est une norme. Les définitions de ce concept sont assez semblables chez la majorité des chercheurs qui l'utilisent¹² (Baudrillard et coll., 1998). Dans une perspective assez large, « une norme constitue une règle ou un critère régissant notre conduite en société » (Ibid, p. 581). Une norme est culturelle puisqu'elle est partagée, jusqu'à un certain point, par un groupe culturel qui s'attend au respect de celle-ci par les membres du groupe (Ibid). Plus précisément, les normes sont des références de comportements ou de pratiques, acquises par la socialisation des individus appartenant à des groupes sociaux. En ce sens, les normes guident le comportement des individus dans une perspective de conformisme à un groupe social ou à des groupes sociaux :

Un comportement ou une pratique auquel les comportements ou les pratiques d'un individu sont tenus de se conformer et qui leur servent donc de référence. [...] Pour Talcott Parsons, les normes dépendent de valeurs et conditionnent les rôles et les actions individuelles. Les normes sont transmises par la socialisation. Elles orientent les comportements dans une direction déterminée. (Lebaron, 2014, p. 158)

Ces normes, qui iraient jusqu'à conditionner (à un certain degré) les rôles et les actions individuelles, seraient dépendantes, directement ou indirectement, des valeurs qui sont des principes plus généraux, « des critères du désirable, définissant les fins générales de l'action » (Baudrillard, 1997, p. 583) et balisant la vie en société. Il faut préciser que les normes et les valeurs sont socialement et historiquement situées et, donc, qu'elles ne sont pas figées dans le temps, mais plutôt évolutives au fil des transformations sociales et des interactions sociales qui en constituent le moteur.

¹² Il y a toutefois des nuances, tel que chez Becker (2006) par exemple, qui distingue norme et convention, comme il le sera présenté plus loin (cf. 2.4.2).

1.1.2.2 *Les nombreux facteurs autres que le TDAH à tenir en compte dans l'évaluation des fonctions exécutives*

Comme les fonctions exécutives préalablement exposées sont nécessaires à l'atteinte de normes scolaires centrales, on peut comprendre pourquoi les difficultés scolaires d'un enfant peuvent souvent être attribuées à un TDAH. Pourtant, un enfant ayant un TDAH peut faire preuve de belles aptitudes académiques, parfois mêmes au-dessus de la moyenne (Mahoney, 2012). Il y aurait ainsi une différence entre « avoir des » difficultés d'apprentissage, et « être en » difficultés d'apprentissage ; j'y reviens à la section 1.2.1.2. Tout jeune « ayant » des difficultés n'a pas un TDAH, alors qu'il y a une multitude de facteurs qui peuvent être à l'origine des difficultés. Mentionnons, entre autres, les facteurs suivants :

- Sur le plan affectif :
 - De l'anxiété de performance qui paralyse.
 - Un manque de motivation et d'intérêt qui désengage.
 - Une situation socio-économique ou familiale qui affecte la disponibilité à apprendre.
- Sur le plan pédagogique
 - Des méthodes de travail ou des stratégies d'étude qui ne sont pas efficaces.
 - Un style d'enseignement qui ne correspond pas au style d'apprentissage de l'enfant.
 - De fréquents changements d'école qui ont demandé beaucoup d'adaptations, etc.
- Sur le plan cognitif
 - L'enfant a des difficultés d'attention qui l'empêchent de bien mémoriser l'information et d'apprendre.
 - L'enfant à un trouble de langage qui affecte ses habiletés de lecture et d'écriture.
 - L'enfant présente un trouble graphomoteur qui mobilise toute son énergie pour tracer les lettres, ce qui ne lui permet pas de se concentrer sur l'orthographe des mots, etc.

(Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2018)

Il faut donc tenir en compte que d'« avoir des »¹³ difficultés d'apprentissage peut être temporaire et circonstanciel, et que celles-ci peuvent être corrigées avec des interventions adaptées (Ibid). Il est aussi vrai qu'un enfant soumis à une tâche trop difficile pour ses compétences aura de la difficulté à demeurer concentré et attentif à la tâche (Mahoney, 2012). Comme les fonctions exécutives sont des compétences acquises, toute personne avec un bon état de santé neurologique peut avoir de la difficulté à maîtriser une compétence si l'on ne lui a pas permis de développer celle-ci. Pour qu'un bas niveau de maîtrise des compétences soit les conséquences d'un trouble neurodéveloppemental (atteintes cognitives liées au développement du cerveau), cela doit impliquer que les difficultés persistent malgré les interventions pédagogiques intensives et pertinentes ; que les difficultés ne peuvent s'expliquer par d'autres troubles physiques ou mentaux ni par des conditions environnementales ou sociologiques. De plus, tout jeune qui « est en » difficultés d'apprentissage n'a pas nécessairement le trouble du TDAH, puisqu'il y existe une multitude d'autres « troubles scolaires » pouvant « embrouiller » le portrait diagnostique, tels que : la dyslexie (trouble d'identification des mots en lecture), la dysorthographe (trouble d'acquisition de l'orthographe), la dyscalculie (trouble des activités numériques), la dysphasie (trouble du langage oral) et la dyspraxie (trouble développemental de la coordination), pour ne nommer que ceux-ci. Il faut noter que le TDAH serait fréquemment associé à l'un ou l'autre de ces troubles, puisqu'une fois sur trois, le TDAH présenterait une comorbidité avec un trouble d'apprentissage spécifique (CHU Ste-Justine, 2018). Ainsi, selon un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), on observerait la présence d'autres troubles de santé mentale répertoriés chez les jeunes de 0 à 25 ans ayant reçu un diagnostic TDAH :

¹³ Plutôt que d'« être en ».

Concernant les nouveaux utilisateurs d'un ou de plusieurs médicaments spécifiques au traitement du TDAH au cours de la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, pour lesquels il y a présence d'un diagnostic de TDAH dans les BDA* de la RAMQ, les autres diagnostics médicaux présents dans les BDA de la RAMQ chez plus de 10 % d'entre eux étaient les suivants (par ordre décroissant) : troubles anxieux (24,3 %), retards spécifiques du développement (23,7 %), troubles de l'adaptation (22,7 %) et dépression (12,2 %) (tableau 17). De plus, 8,0 %, 7,8 % et 7,2 % des nouveaux utilisateurs avaient respectivement au moins un diagnostic de troubles de la conduite, d'abus de substance ou de dépendance à celles-ci ainsi que de troubles du sommeil ou de troubles du sommeil d'origine non organique dans les BDA de la RAMQ entre leur naissance et le 31 mars 2015. (INESSS, 2017[1], p. 52)

Ces informations corroborent les réserves émises sur la validité du dépistage du TDAH ; l'absence de test objectif pour déceler un TDAH, ainsi que les critères diagnostiques flous et mal définis, sont des lacunes qui rendent son évaluation encore plus difficile. Ces flous, dans les critères diagnostiques, ainsi que la subjectivité des évaluations, permettent de proposer qu'il est impossible, dans certains cas, d'établir des diagnostics TDAH sans équivoque, et donc d'affirmer qu'une marge de faux diagnostics existe. Ceci serait renforcé par le fait qu'en cas de doute, la majorité des médecins préféreraient poser le diagnostic, plutôt que de ne pas offrir d'aide au jeune, aux dires de la commission de l'éthique de la science et de la technologie (2009).

1.1.3 Les possibles conséquences d'un TDAH dans la vie d'un individu

Un diagnostic TDAH et la prescription d'une médication psychostimulante sont des pratiques qui servent à expliquer et à corriger une situation problématique vécue chez un enfant ; une situation ayant des conséquences négatives dans la vie de celui-ci et de son environnement. D'Une part, en raison de son caractère plus manifeste (ou extériorisé), l'hyperactivité est souvent le comportement semblant avoir le plus de conséquences négatives, puisqu'il n'affecte pas seulement le principal intéressé, mais aussi les autres individus de son environnement. Ainsi, les cas très problématiques associent fréquemment le TDAH à un trouble de comportement (comorbidité) :

La plupart des élèves qui ont des troubles antisociaux présentent, en plus, un *trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* (TDAH) (Déry et coll., 2004 ; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998). Cette conjonction de difficultés est souvent associée aux problèmes comportementaux les plus agressifs et les plus persistants (Lynam, 1996 ; Toupin, Déry, Pauté, Mercier et Fortin, 2000). (Déry et coll., 2007, p. 111)

Ces comportements agressifs et antisociaux ne sont donc pas exclusivement des conséquences de l'hyperactivité et de l'impulsivité, mais peuvent aussi être imputables à

la comorbidité avec un trouble d'opposition ou un trouble des conduites. Ils ont des conséquences négatives sur les relations du jeune, notamment celles avec ses parents, ses enseignants et ses pairs dans la classe (Déry et coll., 2007). D'autre part, « avoir des » ou « être en » difficultés scolaires est aussi une conséquence principale liée au TDAH, peu importe que celui-ci soit majoritairement de type inattentif ou de type hyperactif. Ainsi, ces deux conséquences (difficultés relationnelles et les difficultés scolaires) en engendrent d'autres à court, moyen et long terme. Outre les conséquences sur l'environnement du jeune, qui sont principalement d'affecter le climat de classe, la santé professionnelle des enseignants, et les parents de celui-ci, les conséquences dans la vie personnelle du jeune peuvent être la stigmatisation et l'isolement social, le décrochage scolaire, l'insertion à l'emploi difficile et la situation socio-économique précaire lors de l'âge adulte, la toxicomanie, la délinquance et la criminalité (Gonon, Guilé et Cohen, 2010). Voilà les principales conséquences dans les parcours individuels des individus qui avaient des problèmes de faible niveau de maîtrise des fonctions exécutives. Des conséquences individuelles qu'on a statistiquement redéfinies comme problèmes sociaux. Ces derniers ayant été réappropriés par le domaine médical, qui les ont redéfinis comme les conséquences d'un problème d'ordre médical : le TDAH.

1.2 Le processus diagnostique du TDAH chez un enfant d'ordre primaire

Comme cette réflexion concerne le TDAH chez les enfants d'ordre primaire, il faut considérer que le processus diagnostique est différent de ceux qui concernent les adolescents et les adultes. Chez ces derniers, le processus implique plus directement l'individu concerné (comme patient compétent pour faire des choix). Pour ce qui est des enfants, il implique de manière plus importante les acteurs autour de lui, qui sont socialement désignés comme compétents pour définir la situation et faire des choix à son égard.

Selon le sens commun, tout processus diagnostique commence par le dépistage, c'est-à-dire par une certaine forme d'observations, faites par un ou des individus, de difficultés présentes chez l'enfant. Dans le cas du TDAH chez les enfants d'ordre primaire, les acteurs principaux sont les professionnels scolaires et les parents (Doré et Cohen, 1997), mais peuvent aussi être d'autres adultes de l'entourage possédant des connaissances sur certaines difficultés scolaires (oncle, tante, amis de la famille, entraîneur sportif, etc.). Le dépistage

mène à une réflexion de l'acteur réflexif. Ce dépistage peut impliquer la consultation de sources de connaissances, c'est-à-dire la recherche d'informations par des outils (livres, internet) ou par des interactions avec des gens à qui ils font part du problème. Si le dépistage n'est pas fait par les parents (ou les responsables de l'enfant), les personnes l'ayant fait peuvent signaler l'hypothèse à ceux-ci, en faisant part de leurs observations et de leurs réflexions. À partir de ce moment, des réflexions et une multitude de choix s'imposent aux parents. Ils peuvent s'informer (livres, internet), ils peuvent faire confiance aux dépisteurs et suivre leurs conseils, ils peuvent aller consulter des professionnels de la santé au privé (clinique spécialisée en évaluation des difficultés scolaires, orthopédagogie, éducation spécialisée, psychoéducation) ou au public (médecin généraliste, pédopsychiatre ou psychiatre, pédiatre, psychologue, neurologue). Il faut noter que l'évaluation d'un trouble d'apprentissage au privé se fait fréquemment à un coût de plus de 1 500 \$¹⁴, et que les consultations d'aide à l'apprentissage se font fréquemment à un tarif en haut de 80 \$ par rencontre d'une heure¹⁵. Même si ces frais sont couverts par certaines assurances privées qui remboursent une proportion du montant, ou sont aussi déductibles d'impôts, il reste que ces assurances privées ne sont pas accessibles à tous et que ces coûts peuvent être trop élevés pour certaines familles. L'important à retenir ici est que les interactions du processus diagnostique impliquent principalement trois groupes d'acteurs, soit les parents et leur enfant, les professionnels scolaires (de l'école ou du domaine d'aide privée) et les professionnels du domaine médical. En effet, même si le dépistage peut venir d'une multitude d'acteurs, il reste que le scénario le plus fréquent serait qu'il est posé par les enseignants qui s'occupent du jeune en question, notamment lorsqu'il y aurait sous-performances scolaires ou problèmes de comportement (Andrews et Mahoney, 2012 ; Doré et Cohen, 1997).

1.2.1 Les détenteurs socialement légitimes pour diagnostiquer et prescrire un traitement par médication psychostimulante

Les seules professions qui détiennent le pouvoir de diagnostiquer un TDAH et de prescrire une médication psychostimulante sont des professions du domaine de la santé, c'est-à-dire, au Québec, les médecins généralistes, pédopsychiatres ou psychiatres, pédiatres,

¹⁴ <https://www.tdahmonteregie.com/psychologue-rive-sud>

¹⁵ <https://www.orthopedago.com/forfaits/forfait/>

neurologues et certains psychologues spécialisés. Ceux-ci sont les détenteurs socialement légitimes du pouvoir de diagnostiquer (diagnostic formel et reconnu) et de prescrire, puisque la profession médicale a le monopole d'identifier tout ce qui peut être conceptualisé comme une maladie (Conrad, 2006). Ce domaine professionnel, bénéficiant d'une grande légitimité sociale, se voit ainsi attribuer le rôle de traiter des problèmes qui ne sont toutefois pas toujours des problèmes médicaux, ce qui est particulièrement le cas pour tout problème de comportements déviants socialement, comme le TDAH ou l'alcoolisme par exemple (Ibid). C'est ainsi que des problèmes, qui peuvent être fondamentalement sociaux, sont réinterprétés comme étant des problèmes « à l'intérieur » de l'individu, ce qui, pour certains, responsabilise l'individu pour sa déviance et empêche la réflexion sociale et politique qui serait nécessaire pour intervenir sur la réelle cause du problème (Conrad, 2006). C'est en ce sens que l'on peut parler d'une médicalisation des difficultés scolaires (cf. section 2.2.3).

Au Québec, tel que tout juste présenté, il y a différentes professions médicales qui peuvent diagnostiquer le TDAH, contrairement à ailleurs, comme en France, en Espagne et en Australie par exemple, ou « seuls des professionnels spécialisés en TDAH peuvent prescrire la pharmacothérapie initiale » (INESSS, 2017). Des statistiques de 2017 permettent de décrire la situation québécoise :

Pour la période 2014-2015, près de 60 % des ordonnances à la date index des nouveaux utilisateurs pour lesquels il y a présence d'un diagnostic de TDAH dans les BDA de la RAMQ ont été rédigées par un médecin de famille (tableau 15). Un pédiatre était à l'origine de 28,6 % des ordonnances à la date index pour les nouveaux utilisateurs. Seulement 9,7 % des ordonnances à la date index des nouveaux utilisateurs avaient comme prescripteur un psychiatre (INESSS, 2017[1], p. 49)

On comprend de ces données que les médecins généralistes et les pédiatres sont donc des acteurs très importants au Québec dans le diagnostic TDAH et dans la prescription de médication.

1.2.1.1 Les évaluations diagnostiques selon les contextes de prise en charge

Le problème que la situation québécoise peut créer, dans cette répartition de la tâche de diagnostiquer le TDAH, est qu'il y aurait des différences dans les manières de conduire les tests diagnostiques et dans les manières de faire le suivi médical. D'ailleurs, parmi les

hypothèses pour expliquer la forte prévalence de prescription de médication, chez les enfants québécois, trois d'entre elles concernent directement le service médical offert :

Les membres du comité consultatif ont mentionné d'autres hypothèses explicatives de la prévalence de l'usage supérieure observée au Québec. Parmi celles-ci, mentionnons un diagnostic posé trop rapidement, un suivi médical insuffisant, l'influence des parents et celle des milieux scolaires sur les médecins (INESSS, 2017[2], p. 13)

En effet, la grande majorité des recherches sociologiques sur le TDAH font état d'une situation selon laquelle les pratiques diagnostiques ne seraient pas uniformes. Une recherche, réalisée en 2000, présentait ces divergences : « Evink, Crouse et Elliott (2000) ont observé que les pédiatres utilisent davantage de tests spécifiques et d'évaluations critériées que les médecins de famille » (Quesnel, 2008, p. 44). Par tests spécifiques et évaluations critériées, il peut être question de tests psychométriques, des évaluations des fonctions exécutives, de la prise de considération des conditions sociales et environnementales de l'enfant, ainsi que des rapports d'évaluations remplis par l'entourage de l'enfant, tels les parents, les enseignants et autres professionnels scolaires (Perrault, Parent et Guay, 2019, p. 62). Dans des cas moins rigoureux, l'évaluation se ferait simplement à l'aide des rapports d'évaluation remplis par l'entourage de l'enfant, c'est-à-dire simplement à l'aide des comportements et des symptômes observés de manières subjectives et normatives par des acteurs non spécialistes. Par exemple, les enseignants participent au signalement des enfants potentiellement TDAH en remplissant les échelles d'évaluation de Conners¹⁶ (Ponnou, 2018). Tous ces types d'évaluations, mais principalement le dernier type, seraient problématiques à divers degrés par leur grande propension à être influencées par la comparaison normative entre les pairs, ainsi que par l'interprétation subjective de ce qu'est le TDAH chez les acteurs non spécialistes. Elles seraient aussi peu fiables puisque les comportements et les symptômes associés au trouble, tels que présentés plus tôt dans ce mémoire, ne sont pas spécifiques au TDAH et peuvent être le résultat d'autres problèmes dans la vie de l'enfant (Perrault, Parent et Guay, 2019). En ce sens, l'hypothèse de l'INESSS sur l'influence des parents et des milieux scolaires sur les médecins, pour diagnostiquer et pour prescrire, serait bien réelle, c'est-à-dire que

¹⁶ « Les échelles d'évaluation de Conners sont des tests standardisés d'évaluation du comportement de l'enfant. Renseignées par les enseignants et les parents, elles permettent d'orienter le diagnostic du médecin (Conners, 1969). L'utilisation de ces échelles implique donc une forme de responsabilité des enseignants et des parents dans le diagnostic du TDAH. » (Ponnou, 2018, p. 18).

certaines pratiques seraient selon eux beaucoup moins « rigoureuses » et plus sujettes à la subjectivité normative des acteurs. Bien sûr, aucun test diagnostique du TDAH n'est sûr, mais certains d'entre eux sont jugés plus pertinents et fiables (Catale et Meulemans, 2013 ; Fourneret, Boutiere et Revol, 2005 ; Parker et Corkum, 2016). La plupart des professionnels de la santé seraient d'ailleurs bien conscients de diagnostiquer et de prescrire dans des conditions d'incertitude et de subjectivité (Rafalovich, 2005). Cette situation permet de comprendre qu'il y aurait un grand besoin d'améliorer et d'uniformiser les pratiques diagnostiques du TDAH :

Toutefois, l'aspect subjectif de leur observation nuit à la fiabilité du diagnostic, conduisant ainsi à une importante variabilité des diagnostics selon les cliniciens, les milieux de pratique et les différentes cultures (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman et Rohde, 2007); d'où la nécessité de développer des procédures diagnostiques plus fiables (Hart et coll., 2014). (Perrault, Parent et Guay, 2019, p. 62)

Le manque de rigueur, présent à une différente intensité selon les contextes de prise en charge, serait ainsi une porte ouverte à la subjectivité et à l'interprétation normative culturelle, ce qui crée une variabilité importante dans les critères diagnostiques. En d'autres mots, un même enfant peut être diagnostiqué TDAH dans un contexte de prise en charge, alors qu'il ne le serait pas dans un autre. C'est dans cette mesure qu'on peut poser l'hypothèse d'un nombre significatif de diagnostics TDAH qui seraient scolaires, plutôt que neurologiques. Ce constat sonne l'alarme d'un besoin urgent de recherches plus poussées au sujet des pratiques diagnostiques et de prise en charge.

1.2.2 La trajectoire type d'un processus diagnostique

Ces constats critiques semblent confirmer les travaux antérieurs de Cohen et ses collègues (1999) sur la trajectoire type de prise en charge des processus diagnostiques du TDAH au Québec. Les constats problématiques faits par ces auteurs semblent encore actuels. Ainsi, selon ces mêmes chercheurs (1999, p. 1), la trajectoire type de prise en charge des enfants se résumerait ainsi :

- 1- Les parents perçoivent des difficultés variables chez leur enfant, mais ne sont pas trop soucieux.
- 2- Les enseignants perçoivent différents problèmes (inattention, dérangement de la classe, trouble de comportement, échec scolaire, etc.).
- 3- Les enseignants réfèrent pour une évaluation psychologique à l'école.
- 4- De longs délais surviennent avant l'évaluation (souvent quelques mois), à cause du manque de ressources.

- 5- Les enseignants suggèrent aux parents de faire évaluer l'enfant chez un médecin.
- 6- Les parents « résistent » à voir le problème ou à envisager la médication.
- 7- La référence pour l'évaluation médicale s'effectue lorsque l'enfant est évalué par les intervenants psychosociaux à l'école (pédiatre ou neurologue).
- 8- Les médecins diagnostiquent à partir la base d'évaluations psychologiques ou psychosociales incomplètes ou insatisfaisantes.
- 9- Les médecins se sentent surchargés et sensibles aux pressions exercées sur les parents par l'école.
- 10- Les médecins décident de prescrire une médication.
- 11- La pression sur les parents est diminuée.
- 12- Le suivi des enfants est cependant inadéquat.

D'un point de vue sociologique, cette trajectoire type confirme l'importance centrale de quatre acteurs principaux dans la construction sociale du TDAH, soit : les parents, les enseignants, les intervenants psychosociaux à l'école et les médecins. Une des spécificités diagnostiques du TDAH, comparativement aux autres troubles scolaires spécifiques, est que ces derniers sont des troubles de fonctionnement et de compétences ciblés qui se mesurent plus facilement par des tests pratiques spécifiques, alors que le diagnostic du TDAH est plutôt basé sur des critères de comportement et implique donc l'interprétation de plusieurs observateurs (Mahoney, 2012). Ainsi, le processus diagnostique du TDAH semble pouvoir être abordé comme un système social s'opérant par l'interaction de plusieurs types d'acteurs (Garnier et coll., 2000). De manière plus spécifique, l'information contenue dans ces 12 étapes de la trajectoire type souligne le rôle central des professionnels de l'éducation qui sont très présents dès l'amorce du processus diagnostique, alors qu'ils perçoivent les difficultés, qu'ils réfèrent les enfants pour évaluations à l'école, qu'ils suggèrent la consultation médicale aux parents et qu'ils participent probablement à la pression exercée sur les parents et, par conséquent, sur le médecin (Cohen et coll., 1999).

1.2.3 Le TDAH et la médication psychostimulante

Les considérations exposées jusqu'ici ont permis de faire un portrait de l'historique de l'interprétation biomédicale et pharmacologique du trouble, de son interprétation actuelle et des fonctions exécutives qui y sont associées, ainsi que d'éléments et d'étapes potentielles du processus diagnostique du trouble chez l'enfant. Elles ont aussi permis d'avancer qu'il peut y avoir certains problèmes à ces égards. Pour la suite, il est question de présenter la relation entre TDAH et médication psychostimulante par une discussion sur les différents types de médicaments, les effets potentiellement problématiques que ces

dernières peuvent avoir dans la vie des individus, la relation entre la société et le médicament, ainsi que les incertitudes envers les bienfaits qu'elle procure.

1.2.3.1 Les types de médications psychostimulantes associées au TDAH

Selon le site de la *Canadian Attention Deficit Disorder Resource Alliance (CADDRA)*, il existe deux différents types de médicaments psychostimulants, soit ceux à base de méthylphénidate (Ritalin, Concerta) et ceux à base d'amphétamines (Dexédrine, Adderall XR, Vyvanse), et il peut aussi arriver qu'un non-stimulant soit employé pour traiter un TDAH (Stattera, Intuniv XR)¹⁷. Puisque, dans la grande majorité des cas, le médicament prescrit est un des deux types de psychostimulants, les termes « médicament psychostimulant » ou « médication psychostimulante » sont utilisés tout au long de ce mémoire pour référer aux médicaments prescrits à un enfant ayant reçu un diagnostic TDAH.

1.2.3.2 L'aspect problématique du TDAH : son association au traitement par médication psychostimulante

Le diagnostic TDAH est une pratique remise en question par plusieurs experts en sciences sociales, notamment par l'incertitude et la subjectivité autour du diagnostic et le nombre d'acteurs impliqués dans le processus. Toutefois, l'étiquette TDAH en soi ne serait pas considérée aussi problématique si elle n'était pas fréquemment associée à un traitement par médication psychostimulante. En d'autres mots, si le TDAH est hautement réfléchi, analysé et critiqué, c'est en raison de sa relation intime et fréquente avec un traitement pharmacologique (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009 ; Conseil supérieur de l'éducation, 2016). Les deux plus grands problèmes moraux qu'induit cette relation, entre TDAH et traitement par médication psychostimulante, proviennent premièrement du fait qu'il y aurait présentement surdiagnostic du TDAH et surprescription de médication psychostimulante, tel qu'expliqué à la section suivante, et deuxièmement du grand manque de connaissances sur les effets à moyen et long terme de l'usage de psychostimulant :

¹⁷ https://www.caddra.ca/pdfs/Medication_Chart_French_CANADA.pdf

Les effets à long terme que pourraient subir les jeunes utilisateurs de neuromédicaments soulèvent des inquiétudes particulières. En effet, des conséquences négatives sur la santé physique ou mentale pourraient se déclarer tôt dans leur vie adulte, les obligeant à composer avec ces séquelles pour le reste de leur vie. À ce jour, il existe très peu de données scientifiques issues d'études longitudinales qui permettraient de répondre à ces questions et, devant l'augmentation anticipée de l'utilisation de psychotropes, le besoin de connaissances sur ces médicaments devient encore plus crucial. Parallèlement, il existe un besoin de tracer un portrait des usages de psychotropes et d'en suivre le développement. (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009, p. xxxii)

10 ans après ce constat, on semble toujours ignorer concrètement quelles seront les conséquences de la médication psychostimulante sur les jeunes enfants qui en font usage, aussi il semble donc toujours pertinent d'examiner ce phénomène. Par exemple, une telle médication a souvent pour effet d'augmenter le rythme cardiaque et la tension artérielle, deux effets connus pour être nuisibles à la santé de l'individu à long terme (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009). Sa consommation est aussi associée à toute sorte d'effets indésirables potentiels, surtout si l'enfant a été mal diagnostiqué. Par exemple, des enfants souffrants d'anxiété peuvent manifester des symptômes similaires à ceux du TDAH, et dans le cas d'un mauvais diagnostic, une médication psychostimulante a pour effet d'augmenter l'anxiété chez cet enfant. D'autres effets indésirables, tels que l'insomnie, des idées suicidaires, la perte d'appétit et des retards de croissance, par exemple, ont été répertoriés par Santé Canada et doivent être tenus en compte vu la gravité des impacts qu'ils peuvent avoir sur la vie des jeunes qui vont consommer ce type de médication. Sur le site de Santé Canada¹⁸, ce sont d'innombrables rapports d'effets indésirables qui sont répertoriés.

1.2.3.3 *La médication psychostimulante, la responsabilité sociale et le déplacement social du rôle de la médication psychostimulante*

Dans ce contexte de surdiagnostic et de surprescription, en tenant compte du manque de connaissance sur les possibles conséquences d'une utilisation de médication psychostimulante, toutes les étapes qui mènent à la prescription d'une telle médication aux jeunes enfants impliquent dès lors une responsabilité éthique. Tous ceux et celles qui reçoivent ou recevront ce traitement, sans exception, méritent que cette pratique soit nécessaire, sécuritaire et justifiée. Les pratiques médicales doivent être fondées sur la

¹⁸ Organisme qui « a pour mandat d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Il s'assure d'offrir des services de santé de grande qualité, et cherche à réduire les risques pour la santé » (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html>).

confiance en l'expertise professionnelle des prescripteurs, mais aussi sur la confiance en l'expertise d'autres acteurs influençant cette décision de faire usage d'un médicament psychostimulant. Cette confiance doit reposer sur une connaissance scientifique approfondie, légitime et rigoureuse.

Cependant, selon plusieurs travaux critiques, cela serait pourtant loin d'être toujours le cas et il y aurait surdiagnostics de TDAH, ainsi qu'une surprescription de psychostimulants chez certains jeunes. Par exemple, un recensement¹⁹ effectué dans tous les Centres jeunesse²⁰ du Québec et publié en 2007, permet d'apprendre que 45 % des jeunes recensés ont un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier, et que le diagnostic le plus fréquent est le TDAH (18,2 %) (Gouvernement du Québec, 2007). Les jeunes de 6 à 11 ans représentent la plus forte proportion de jeunes ayant une prescription de médicament (plus de 70 %) (Ibid). Près de 40 % de tous ces jeunes prennent un ou des médicament(s) psychotrope(s), alors que 25,9 % ont reçu une prescription de médication psychostimulante (Ibid). Selon Lafortune et Collin (2006), cette surreprésentation de jeunes ayant une prescription de médication psychostimulante, dans les centres jeunesse, mais aussi chez les jeunes issus des Premières nations, pourrait être le signe de changements dans l'usage social du médicament. En effet, l'usage rationnel du médicament – traiter un dysfonctionnement de la santé – tend à être remplacé par un usage instrumental et optimal – servir une cause. En d'autres mots, le médicament psychostimulant ne servirait plus seulement qu'à traiter des cas d'enfants pour lesquels il y aurait certitude d'un dysfonctionnement neurodéveloppemental, mais servirait aussi à pallier des situations sociales et institutionnelles difficiles dans lesquelles se trouveraient des enfants.

1.2.4 Le TDAH et les interventions humaines

Les enjeux, limites et zones d'incertitude²¹ autour de la médication psychostimulante renforcent l'importance d'un bref détour vers une réflexion sur les alternatives possibles

¹⁹ Donne accès à des données variées et intéressantes, qui renseignent notamment sur la nature des diagnostics, la prise de médicament et le suivi professionnel. Ces données sont analysées de manière comparative selon l'âge, le genre, la région, les diagnostics, type de suivi médical.

²⁰ Organisme qui a pour mandat d'offrir « des services sociaux spécialisés aux enfants et aux adolescents, aux mères et aux familles en difficulté. Son mandat s'applique aux domaines suivants : protection de la jeunesse ; adoption ; recherche d'antécédents et retrouvailles ; médiation familiale ; jeunes contrevenants » (<https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/centre-jeunesse-de-quebec-institut-universitaire>).

²¹ Ceux qui viennent d'être discutés, mais aussi d'autres qui seront discutés plus loin dans ce chapitre.

pour aider un élève ayant des difficultés scolaires telles que : l'adaptation scolaire, la rééducation, ainsi que la modification de l'environnement du jeune et de ses conditions de vie.

En effet, si la médication psychostimulante semble être la solution la plus répandue, il faut toutefois se rappeler qu'un diagnostic TDAH n'implique pas exclusivement un tel traitement et doit aussi trouver une réponse dans la remédiation scolaire. Des interventions de nature scolaire sont nécessaires avant de considérer le trouble neurobiologique comme explication légitime. Elles peuvent aussi parfois être offertes, en complémentarité à la médication, par les enseignant.e.s ou d'autres professionnels comme les orthopédagogues et les techniciens en éducation spécialisée (TES). Compte tenu d'un accès limité aux ressources dans le secteur public, une proportion importante de parents opteront pour des services privés pour répondre aux besoins de leurs enfants, ce qui varie de façon significative en fonction des moyens financiers et des assurances dont ils bénéficient. Ces services pédagogiques sont majoritairement des pratiques d'adaptation scolaire (adapter l'enseignement aux intérêts et aux capacités de l'élève), des pratiques de rééducation (travailler la maîtrise d'une compétence spécifique dans une optique de redressement des processus cognitifs et d'amélioration de ceux-ci), ainsi que des pratiques d'adaptation de l'environnement et du mode de vie de l'enfant (sommeil, alimentation, sources de distractions, écrans, etc.) (Trépanier, 2017).

Ces différents types d'interventions n'auraient pas d'impacts négatifs sur la santé physique des jeunes mais, tout comme le médicament, ils peuvent créer une certaine stigmatisation puisqu'ils reçoivent des services supplémentaires. Comme ces services seraient moins rapides que le médicament dans leur efficacité pour réduire les comportements indésirables, les interventions sont souvent faites en complémentarité avec un traitement par médication psychostimulante. Par exemple, une recherche comparative concernant les problèmes de délinquance et de toxicomanie à long terme chez les individus TDAH, évaluant un groupe recevant un traitement pharmacologique, un groupe recevant une thérapie comportementale et un groupe recevant les deux types de traitement, aurait observé une légère amélioration dans le groupe test ayant été traité seulement par la thérapie comportementale (Gonon, Guilé et Cohen, 2010). De plus en plus de recherches issues des sciences de l'éducation permettraient d'appuyer l'hypothèse de grands impacts

positifs qu'auraient l'orthopédagogie et l'adaptation scolaire des enseignants dans le développement des élèves ayant des difficultés (Trépanier, 2017). Cependant, malgré ces recherches appuyant ces pratiques, les professionnels de la santé continuent d'affirmer que c'est la combinaison de ces interventions humaines avec un traitement pharmacologique par qui demeurerait le traitement le plus complet et le plus efficace (Andrews et Mahoney, 2012 ; Association des Médecins Psychiatres du Québec, 2019 ; Catale et Meulemans, 2013 ; Currie, Stabile et Jones, 2014 ; Letarte, Nadeau, Lessard, Normandeau, et Allard, 2011 ; Monzée, 2015 ; Société Canadienne de Pédiatrie, 2018).

Comme mentionné précédemment, même si l'école publique offre les services de certains spécialistes, il y aurait un grand manque de ressources et les services offerts qui ne suffiraient parfois pas à la trop grande demande, ni en fréquence et ni en qualité (Trépanier, 2017). Ainsi, les enfants qui reçoivent des services de ces spécialistes au privé, donc majoritairement ceux provenant de famille ayant de meilleurs moyens financiers, bénéficieraient d'une aide privilégiée à l'égard de leur TDAH et auraient peut-être moins besoin d'une médication psychostimulante (du moins exclusivement) que ceux provenant de familles moins aisées. Cette situation bien réelle dépeint une grande iniquité dans le système scolaire québécois. Il ne faut pas non plus écarter le rôle préventif des approches pédagogiques et de la gestion de classe qui peuvent mettre en place des stratégies pour réduire les situations à risque de « déclencher » les symptômes liés au TDAH (Ibid). Par exemple, les temps d'inactivité en classe peuvent devenir des moments qui favorisent davantage les comportements perturbateurs chez les élèves diagnostiqués avec un TDAH que chez ceux sans diagnostic (Imeraj, Antrop, Roeyers, Deboutte, Deschepper, Bal, et Sonuga-barke, 2016).

Finalement, outre les interventions psychosociales et les interventions pédagogiques, d'autres recherches, ainsi que des articles journalistiques, affirment que des jeunes ayant un TDAH peuvent modifier leurs modes de vie afin de diminuer les symptômes d'inattention et d'hyperactivité. Les solutions les plus fréquentes consistent à augmenter l'activité physique (Archer et Kostrzewa, 2012) et à encourager l'implication des parents dans le suivi des tâches scolaires (Letarte et coll., 2011). Malgré qu'elles soient très peu étudiées pour en démontrer les bienfaits réels à moyens et longs termes, d'autres solutions potentielles sont véhiculées dans certains médias : la méditation, une meilleure

alimentation, un meilleur cycle de sommeil et une réduction du temps d'utilisation des écrans (télévision, ordinateur, tablette, cellulaire).

1.2.5 L'incertitude face aux bienfaits de la médication psychostimulante

Il reste que ces interventions seraient souvent apportées en complémentarité à un traitement par médication psychostimulante. Pour revenir à celle-ci, non seulement les effets potentiellement néfastes à long terme de l'usage d'une médication psychostimulante par un enfant sont inconnus, non seulement la prévalence de la consommation de ces médicaments varie selon les contextes et des caractéristiques environnementales (cf. 1.2.6.2), mais même l'effet positif qu'on lui attribue (d'optimiser les facultés cognitives), qui procure à cette médication une légitimité sociale, n'est pas si certain. C'est donc dire que les changements perceptibles chez les jeunes consommant une médication psychostimulante seraient des améliorations au quotidien sur le plan du comportement, plutôt qu'une amélioration à moyens et longs termes sur le plan de la réussite scolaire et de la qualité de vie (Currie, Stabile et Jones, 2014).

Bien sûr, les conséquences individuelles des caractéristiques s'apparentant au TDAH, telles que présentées plus tôt (cf. section 1.1.2 et 1.1.3), ne sont pas à prendre à la légère et peuvent inciter certains à penser que la médication psychostimulante est un moindre mal que ces conséquences. Les travaux de recherche relatifs à l'efficacité des traitements pharmacologiques portent à considérer que la médication psychostimulante serait un traitement « suspensif »²² et non curatif (Adrian, 2014), c'est-à-dire qu'elle agirait temporairement sur les symptômes lors de sa prise, mais ne rétablirait en rien la santé neurologique. La prise du médicament servirait ainsi simplement la journée de sa consommation, « en "contraignant" le système cérébral à s'affranchir de son fonctionnement de base [ce qui] aiderait l'ensemble du système cérébral et mental à rétablir une autorégulation satisfaisante » (Adrian, 2014, p. 25). Certainement, les recherches ont indiqué un effet positif significatif à court terme chez la majorité des utilisateurs (entre 60 et 80 % selon le type de médicament) (Adrian, 2014), les effets positifs s'observant principalement dans l'amélioration du comportement (opposition et agressivité) et sur les performances scolaires, mais aussi sur le plan des interactions sociales et de l'estime de

²² Suspend temporairement les symptômes.

soi. Si ces améliorations comportementales peuvent être perçues comme positives, il faut toutefois être conscient de l'effet pervers que peut avoir un traitement par médicament pour influencer les compétences sociales, alors que la prescription de médicament peut passer d'une visée médicale à une visée de contrôle normatif : « les médicaments psychoactifs ne sont plus nécessaires, mais ils sont utilisés pour soigner les défauts de caractère, les déficiences des compétences sociales, etc. » (traduction libre, Rafalovich, 2005, p. 316). Une solution qui peut donc permettre d'assurer la régulation des rapports et l'atteinte des normes au sein d'une institution.

De plus, si les effets à court terme sont reconnus, les effets à moyens et longs termes sont beaucoup moins renseignés. C'est principalement à ce niveau qu'il y a un manque de recherches, autant quantitatives que qualitatives, pour comprendre les impacts positifs et négatifs que la médication a dans la vie de ceux et celles qui l'ont consommée. Pour revenir aux conséquences (toxicomanie, échec et décrochage scolaire) telles que dites précédemment, des recherches suggèrent que « le traitement par les psychostimulants, même s'il a été poursuivi jusqu'à l'adolescence, ne diminuerait en rien les risques de délinquance et de toxicomanie » (Gonon, Guilé et Cohen, 2010, p. 277-278). Ainsi, l'impact positif de la médication psychostimulante, sur le comportement, ne serait qu'au quotidien et n'aurait pas cette portée préventive parfois mise de l'avant par certains. Pour ce qui est de la performance scolaire, lorsqu'il y a prise de médication psychostimulante, s'il y a bel et bien des améliorations à court terme autant chez les jeunes TDAH, il faut préciser qu'il y en a tout autant chez ceux sans TDAH (Williamson et coll., 2014). La médication est un psychostimulant et, par le fait même, elle stimule la performance cognitive à court terme chez une grande majorité d'individus (avec ou sans diagnostic de TDAH). Cependant, les recherches n'ont pas été en mesure d'identifier des améliorations sur le plan des notes académiques à moyen et long terme. Par exemple l'une d'elles, ayant suivi des enfants recevant un traitement pharmacologique (perspective microsociale), conclut qu'« à l'issue des 14 mois, le traitement par les psychostimulants n'avait pas d'incidence sur les performances scolaires » (Gonon, Guilé et Cohen, 2010, p. 277). Une autre recherche s'est intéressée à l'augmentation significative de l'usage de psychostimulant au Québec à compter de 1997 et plus spécifiquement à la corrélation possible entre cette augmentation et les améliorations académiques et comportementales

des enfants au Québec au cours des années suivant cette explosion de médicaments offerts aux enfants. L'objectif central de la recherche était de vérifier si l'augmentation significative du nombre de prescriptions s'était traduite par des améliorations significatives aux plans académiques et psychologiques. Alors qu'une amélioration sur le plan académique était anticipée, les résultats obtenus proposent plutôt l'effet contraire tant sur les plans psychologiques qu'académiques :

One might have anticipated that increases in access to medication would be associated with improved outcomes among these children. Instead, we actually find some evidence of negative effects. Some of these negative effects are consistent with known possible side effects of stimulant medication, especially depression. We find little evidence of positive effects on academic out-comes or schooling attainment. In fact, we find deterioration in important academic outcomes including grade repetition and math scores. (Currie, Stabile et Jones, 2014, p. 68)

Ainsi, autant une recherche microsociale qu'une recherche macrosociale n'ont pas permis d'établir que la médication psychostimulante aurait des effets positifs à moyen et long terme. Ceci soulève un doute raisonnable sur les effets positifs attribués à ce type de médicament sur l'amélioration des performances au plan académique.

Ces résultats de recherche confirment que le cœur de l'objet de cette recherche, le TDAH, peut difficilement être traité sans considérer son lien très étroit avec la médication psychostimulante. Si un certain discours institutionnel, puisant ses sources dans une interprétation idéologique d'inspiration médicale et biologique, en arrive à vulgariser le TDAH en comparant la médication psychostimulante au port des lunettes pour celui qui a un trouble visuel²³, plusieurs connaissances scientifiques montrent plutôt que le TDAH est un phénomène beaucoup plus complexe et multifactoriel qu'un problème de myopie²⁴, ce qui met en exergue le besoin de recherches multidisciplinaires. La perspective sociologique, qui cadre ce projet et qui sera présentée plus loin (cf. section 1.3), peut contribuer à une compréhension plus approfondie du TDAH et de la prévalence de l'usage de la médication psychostimulante. Elle permet, selon moi, d'expliquer autrement ce qui sous-tend ces usages de médication, d'éclairer comment les pratiques diagnostiques et

²³ Association des médecins psychiatres du Québec, <https://ampq.org/info-maladie/tdah-trouble-du-deficit-de-lattention-avecsans-hyperactivite/>

²⁴ Même la myopie doit aussi être analysé à partir de conditions environnementales. Surtout dans un contexte d'émergence des écrans dans la vie des individus.

prescriptives sont opérées, d'identifier les acteurs influents au cours du processus et quels sont les d'interactions desquelles émergent les diagnostics, et de jeter un éclairage nouveau sur les effets de contexte, les connaissances et les croyances qui servent de fondements décisionnels à ces mêmes acteurs. Mais, avant d'en arriver à cette perspective sociologique, d'autres connaissances sont à considérer pour bien compléter le portrait empirique du TDAH et de son association avec la médication psychostimulante.

1.2.6 La prévalence et les tendances statistiques

Considérant ces enjeux, ces limites et les zones d'incertitudes liées au traitement par médication psychostimulante, il est pertinent de porter une discussion sur les taux diagnostics et les taux de prescription d'un tel traitement. Quels principaux enseignements peut-on retirer d'une analyse des statistiques sur le phénomène, tant sur le plan des diagnostics que sur celui des prescriptions de médicaments ? Pour l'essentiel, il s'agit de considérer la prévalence théorique et de la comparer avec la prévalence empirique; d'observer les variations de prévalence empirique selon les différents contextes sociaux; d'observer l'accroissement de cette prévalence au cours des dernières décennies; de comparer la situation québécoise à celles des autres provinces ou d'autres pays occidentaux et, enfin; de montrer que certaines données statistiques sèment des doutes sur l'objectivité du processus diagnostique.

Comme on le verra, le diagnostic TDAH est une pratique en expansion rapide dans nos sociétés occidentales et particulièrement au Québec (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009 ; Conseil supérieur de l'éducation, 2016 ; Currie, Stabile et Jones, 2014). Il s'agit d'une des pathologies infantiles les plus diagnostiquées dans le monde occidental au cours des 20 dernières années (Prosser, 2015), sachant aussi que l'accroissement des diagnostics et de l'utilisation de médicaments psychostimulants s'accélère à un rythme qu'il convient d'interroger.

1.2.6.1 *La prévalence théorique et la prévalence empirique*

La prévalence théorique du trouble varie entre 3 % et 7 % selon les dernières éditions du DSM. Les données théoriques qui y sont présentées varient toutefois considérablement de celles des recherches scientifiques visant à établir la prévalence empirique. Il faut mentionner que les résultats varient aussi entre les articles de recherche eux-mêmes, selon

les auteurs et les différentes études, ainsi que selon l'endroit où ces études ont été faites. Par exemple, Quesnel (2008) cite une méta-analyse menée par Elia, Ambrosini et Rapoport (1999) qui rapporte des écarts dans le nombre de diagnostics variant de 1,7 % et 17,8 % dans 11 études publiées entre 1987 et 1996. De leur côté, Gonon, Guile et Cohen (2010) mentionnent des écarts qui varient entre 2 % et 26 %. Le taux de prévalence le plus commun à l'échelle mondiale demeure autour de 5 %. Ainsi, une méta-analyse portant sur 102 études constituées de 171 756 personnes âgées de 18 ans ou moins arrivait à un résultat de 5,29 % (Polanczyk et coll., 2007). Une autre recension systématique, plus récente, en arrive à des résultats similaires en estimant à 5,9 % la prévalence du TDAH d'après les résultats agrégés de 20 études, concernant 43 972 enfants et adolescents (Willcutt, 2012).

Les données font également ressortir une variation de la prévalence en fonction des contextes. Ainsi on dénote une grande variation de ce taux selon les pays, mais aussi selon les provinces canadiennes elles-mêmes, comme nous le verrons plus loin. Cependant, un fait se distingue : le plus haut taux de prescription de psychostimulants semble être en Amérique du Nord. Un des facteurs, qui expliquerait la plus grande prévalence diagnostique et prescriptive, serait que dans cette région du monde, contrairement à d'autres pays tels que la France par exemple, les médecins généralistes sont autorisés à poser le diagnostic et à prescrire une médication à l'enfant (Gonon, Guile et Cohen, 2010 ; Morel, 2014). En France, cette tâche revient exclusivement à des médecins spécialistes (Ibid). Un autre facteur explicatif serait l'interprétation diagnostique qui varierait selon les pays :

Ainsi, selon Cohen et Collin (1997), le diagnostic serait posé plus rarement en Europe où l'instrument diagnostique CIM-10 serait utilisé, contrairement au DSM-IV édité par l'Association de psychiatrie américaine utilisée en Amérique du Nord, pour poser le diagnostic de TDAH (Honorez, 1997). Selon toute évidence, il apparaît aussi que le système de classification européen ne tend à poser le diagnostic de TDAH que dans le cas où lesdits critères du DSM-IV sont identifiés, à savoir que l'enfant développe des indices sévères de distraction, d'impulsivité et d'hyperactivité. Quant au système de classification américain, le DSM-IV regroupe trois sous-types selon l'importance des indices. Les professionnels de la santé diagnostiquent le TDAH si l'enfant se retrouve dans l'un des trois sous-types, alors que les Européens ne posent un diagnostic de déficit neurologique que chez les enfants qui ont les trois symptômes combinés (Swanson et coll., 1998; Sergeant, 2000). (Quesnel, 2008, p. 13)

Il y aurait donc une divergence dans la pratique diagnostique entre des professionnels de la santé des deux continents. En divisant le TDAH en trois sous-types, *l'Américain*

Psychiatric Association augmente considérablement le nombre d'enfants susceptibles de manifester un nombre suffisant de symptômes pour répondre aux critères du TDAH. En ce sens, l'utilisation du DSM comme référentiel diagnostique en Amérique du Nord pourrait expliquer le plus haut taux de l'Amérique, où le pourcentage d'enfants américains recevant une médication psychostimulante était plus élevé que 10 % en 2010 (Gonon, Guile et Cohen, 2010) ; on estime qu'au tournant de 2020, le taux pourrait dépasser les 15 % (DuPaul, Pollack et Pinho, 2017). À titre comparatif, la France, où l'on utilise l'instrument diagnostique de la classification internationale des maladies (CIM-10), le pourcentage d'enfants TDAH traités par médication gravitait autour de 1 % seulement (Gonon, Guile et Cohen, 2010 ; Morel, 2014). Une autre hypothèse qui pourrait expliquer la différence entre la France et l'Amérique du Nord est celle de l'interprétation sociale des difficultés, alors qu'en France, la légitimité sociale de la psychanalyse, comme schème explicatif de la situation et comme traitement envisagé, est encore très forte (Collin et Suissa, 2007 ; Morel, 2014), en Amérique du Nord, c'est une interprétation d'ordre biomédicale et pharmacologique qui semble prévaloir (cf. section 1.1.1).

1.2.6.2 L'accroissement de la prévalence du TDAH et de la consommation de médication psychostimulante

Si la prévalence du TDAH varie selon les époques et les lieux, elle s'accroît globalement et l'usage de médication psychostimulante comme traitement du trouble s'accroît aussi rapidement dans la plupart des pays occidentaux. Ainsi, en Amérique du Nord, le nombre d'enfants ayant une prescription de ce type de médication pour traiter le TDAH était estimé à plus de 5 millions au début des années 2000, ce qui signifiait une augmentation de plus de 700 % par rapport à 1990 (Rafalovich, 2005). Aux États-Unis, il y aurait eu une augmentation des taux de diagnostic de 42 % entre 2003 et 2011 (Bergey, 2015 ; DuPaul, Pollack et Pinho, 2017), ainsi qu'une augmentation de 28 % des diagnostics traités par médication, entre 2007 à 2011 (Visser et coll., 2014). Cette augmentation de la prévalence serait aussi présente ailleurs en Occident. Au Royaume-Uni, par exemple, une étude réalisée avec des banques de données a permis de constater que la prévalence par 1 000 jeunes de 6 à 12 ans est passée de 4,8 à 9,2 entre 2003 et 2008 (McCarthy et coll., 2012). Si cet accroissement de la prévalence n'échappe pas au Canada, c'est principalement au Québec que l'accroissement est le plus rapide, alors que la province se démarque des autres

par son fort taux de diagnostics et de consommation de médication psychostimulante (INESSS, 2017[1]).

L'analyse de l'évolution de ce phénomène peut se faire selon trois périodes, soit avant 1997, année importante qui marque l'introduction du programme d'assurance médicaments et qui a eu un impact sur la prévalence de la consommation de médicaments psychostimulants entre 1997 et 2005 grâce à quelques études publiées concernant ces années, puis entre 2006 et 2015, notamment grâce à une vaste étude menée par l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS, 2017).

Dès la fin des années 1990, Cohen et ses collaborateurs affirmaient déjà qu'« au Canada et aux États-Unis, le nombre d'individus diagnostiqués de TDAH a augmenté d'environ 400 % » (Cohen et coll., 1999) dans les années 1990, et qu'au « Canada, ce nombre serait passé de 205 000 en 1991 à 561 000 en 1995 (IMS, cité dans Alaton, 1996) » (Ibid). Dans ce rapport de recherche, concernant une partie de la population des écoliers d'ordre primaire des écoles publiques de Laval, Cohen (1999) a observé une prévalence de consommation de médication psychostimulante de 7 % chez les garçons et de 1,94 % chez les filles, et donc de 4,56 % en moyenne. Outre la différence du taux selon le genre, une différence majeure s'observait aussi sur le plan de la langue parlée du jeune, alors que la prévalence touchait 7,91 % des garçons francophones, et seulement 3,75 % des garçons anglophones (Cohen, 1999), ce qui appuie l'idée d'une construction sociale du trouble selon les différents contextes culturels et scolaires.

1.2.6.2.1 Les tendances statistiques au Québec entre 1997 et 2005

Outre l'accroissement de la prévalence dans la première moitié des années 1990, la thèse de Brault (2011)²⁵ permet de conclure qu'il y a aussi eu « un accroissement réel de la prévalence du diagnostic du TDAH et de la consommation de psychostimulants chez les enfants canadiens entre 1994 et 2007 » (Brault, 2011, p. i), alors que la proportion d'enfants ayant reçu un diagnostic TDAH et recevant un traitement par médication psychostimulante aurait augmenté de 43 % en 2000 à 59 % en 2007 (Brault et Lacourse, 2012). De plus, il faut préciser que si la situation québécoise était semblable à celle du reste du Canada avant

²⁵ Fondée notamment sur les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de Statistique Canada.

1997, elle a commencé à se démarquer des autres provinces canadiennes par la suite, alors que la prévalence de consommation de médicament psychostimulant augmente significativement plus au Québec qu'ailleurs au pays depuis 1997 : « une augmentation de 2,5 points de pourcentage de la probabilité d'utiliser des psychostimulants a été constatée au Québec après 1997 » (INESSS, 2017[1], p. 3). C'est précisément ce que l'étude de Currie, Stabile et Jones (2014) tend aussi à démontrer, alors que depuis l'introduction du programme d'assurance médicament au Québec en 1997, la consommation de médicaments psychostimulants a augmenté beaucoup plus rapidement au Québec qu'ailleurs au Canada. Toujours selon cette étude, 9 % de l'échantillon québécois, comparativement à 5 % de l'échantillon dans le reste du Canada, avait déclaré avoir déjà utilisé un médicament psychostimulant. Si le TDAH ne peut être dissocié d'une médication psychostimulante, c'est que celle-ci relève d'une pratique de plus en plus courante. En effet, la majorité des enfants qui ont reçu le diagnostic entre 1995 et 2000 ont aussi reçu, parallèlement, une prescription de psychostimulant (Quesnel, 2008)²⁶. Il y aurait donc eu une hausse du diagnostic au Québec ainsi qu'une hausse du traitement par médication psychostimulante, à la fin des années 1990 et au début des années 2000 :

Au Canada, les données publiées par la société Intercontinental Medical Health (IMS-2006) indiquent une hausse marquée (45,4 %) sur une période de 5 ans (1999 à 2004) de la consommation de comprimés traitant le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDA/H). À l'échelle provinciale, c'est au Québec que cette augmentation est la plus marquée, soit 108,2 %. (Quesnel, 2008, p. 10)

Ces recherches, concernant la situation québécoise entre 1990 et 2005, permettent de conclure qu'il y a bel et bien une augmentation significative de la prise de médicaments psychostimulants au Québec durant cette période.

1.2.6.2.2 Les tendances statistiques au Québec entre 2006 et 2015

Plus récemment, les différents rapports de l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS) publiés en 2017 venaient confirmer comment cet accroissement significatif²⁷ demeure constant au cours des dernières années, alors qu'ils ont conduit une recherche exhaustive²⁸ sur les tendances entre 2006 et 2015. Voici les résultats de leur

²⁶ Selon Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001, cités par Quesnel.

²⁷ De la prévalence du diagnostic TDAH et de la consommation de médication psychostimulante.

²⁸ Vaste étude faite à partir des banques de données administratives (BDA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du Régime Public d'Assurance Médicaments (RPAM).

recherche sur l'évolution de la proportion des Québécois de 0 à 25 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (INESSS, 2017[1]) :

- 2006-2007 : 5,2 %
- 2014-2015 : 10,3 %

Ces chiffres permettent d'observer une prévalence qui aurait plus que doublée entre 2006 et 2015, avec une augmentation de 5,1 %. Il faut noter que la prévalence est plus élevée d'un peu plus de 1 % chez les Québécois bénéficiant du Régime Public d'Assurance Médicament (RPAM), qui atteignait 11,4 % en 2014-2015 (Ibid). Ces résultats seraient similaires à ceux obtenus par les chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), selon l'INESSS (2017[1]) :

- 2000-2001 : 2,3 %
- 2006-2007 : 5,5 %
- 2013-2014 : environ 10 %

Des chiffres qui montrent que la prévalence diagnostique aurait plus que quadruplée en moins de 15 ans au Québec chez les jeunes de moins de 25 ans. Pour ce qui est de la consommation de médicament psychostimulant chez les 0 à 25 ans²⁹, on peut aussi observer une tendance similaire (INESSS, 2017[1]) :

- 2006- 2007 : 2,7 %
- 2014-2015 : 5,8 %

En effet, la prévalence d'un diagnostic TDAH jumelé à un traitement par une médication psychostimulante aurait, elle aussi, plus que doublé entre 2006 et 2015, selon ces données. Il faut toutefois mentionner que la tranche d'âge de 0 à 5 ans vient baisser le taux, alors que cette tranche à un taux de prévalence de 1 %. Il faut aussi mentionner que la tranche de 18-25 ans est passée de 0,4 % à 3,2 % durant cette période (Ibid). Une hypothèse serait que cette dernière tranche d'âge, dans la population à l'étude en 2006, est née dans les années 1980 et a fait ses études d'ordre primaire avant la hausse rapide de la prévalence en 1997, alors que la population de cette même tranche d'âge dans l'étude faite en 2015, est

²⁹ Assurés par le RPAM.

née dans les années 1990 et s'est retrouvée au primaire pendant ou après cette vague d'augmentation rapide de la prévalence.

Pour ce qui est des tranches d'âges, celle qui nous intéresse surtout dans le cadre de ce mémoire est la population d'ordre primaire (5 à 12 ans). En 2015, la prévalence de consommation de médication psychostimulante est à son plus fort chez la population entre 6 et 17 ans et l'augmentation de celle-ci est très significative depuis 2006 (INESSS, 2017[1]) :

- 10,7 % chez les 6 à 9 ans en 2015 vs 7,7 % en 2006 (augmentation de 3 %).
- 14 % chez les 10 à 12 ans en 2015 vs 8,3 % en 2006 (augmentation de 5,7 %).
- 9,9 % chez les 13 à 17 ans en 2015 vs 3,4 % en 2006 (augmentation de 6,5 %).

Si la prévalence d'un diagnostic TDAH associé à un traitement par une médication psychostimulante avait plus que doublé entre 2006 et 2015, il faut ajouter que la prévalence de traitement par médication psychostimulante sans diagnostic a aussi augmenté, passant de 0,8 % en 2006 jusqu'à 1,6 % en 2015 (INESSS, 2017[1]). L'augmentation de la prévalence de cette consommation de médication psychostimulante, entre 2006 et 2015, a notamment comme impact d'avoir fait bondir les coûts sociaux liés à ce type de médicament. En cumulant les ordonnances facturées au régime public d'assurance médicaments (RPAM) et les ordonnances facturées à des régimes privés d'assurance médicaments au Québec, le coût total estimé serait passé de 33 789 085 \$ en 2006-2007, à 159 726 271 \$ en 2014-2015.

1.2.6.3 *La situation du Québec comparativement au reste du Canada*

Comme mentionné précédemment, la situation du Québec était semblable à celle du reste du Canada jusqu'à l'implantation du programme d'assurance médicaments au Québec en 1997, à partir duquel la consommation de médication psychostimulante aurait augmenté considérablement plus rapidement qu'ailleurs au Canada.

Au Canada, en 2014-2015, la prévalence de consommation d'une telle médication³⁰, chez les 0 à 25 ans, varie entre les provinces de 1,95 % à 6,44 % et se situe à 3,26 % de moyenne (INESSS, 2017[2]). Avec une prévalence de 6,44 %, « le Québec se distingue des autres

³⁰ De l'usage des 10 principaux médicaments psychostimulants.

provinces avec la prévalence la plus élevée au pays à cet égard » (INESSS, 2017[2], p. ii), alors qu'elle atteint près du double de la moyenne canadienne. La seule tranche d'âge pour laquelle le Québec n'a pas la plus haute prévalence est celle des 0 à 5 ans. Pour les autres tranches d'âge, les taux affichés au Québec sont considérablement supérieurs aux autres provinces canadiennes. Voyons comment se comparent les données québécoises à celles affichées par la province affichant la 2^e plus grande prévalence au pays, puis à la province affichant la plus au pays (variable selon le groupe d'âge) (INESSS, 2017[2]) :

Tranche d'âges	% au Québec	% en Ontario		2 ^e plus forte prévalence chez les provinces		Plus basse prévalence chez les provinces	
		%	VS le Québec	%	VS le Québec	%	VS le Québec
6 à 9 ans	3,98 %	1,59 %	2,39 %	Î-D-P-É 2,98 %	1 %	C-B 1,49 %	2,49 %
10 à 12 ans	13,97 %	4,69 %	9,28 %	N-B 8,54 %	5,43 %	C-B 4,07 %	9,9 %
13 à 17 ans	14,55 %	3,98 %	10,57 %	Î-D-P-É 6,60 %	7,95 %	C-B 3,36 %	11,19 %
18 à 25 ans	5,36 %	2,47 %	2,89 %	Î-D-P-É 4,10 %	1,26 %	C-B 2,04 %	3,32 %

Tableau 1 : Prévalence du TDAH au Québec, en comparaison avec le reste du Canada

De façon globale, ces données proposent que près de deux enfants québécois reçoivent une médication psychostimulante liée au TDAH, pour un enfant canadien, ce qui soulève des questions sur la situation du diagnostic et de l'approche du traitement au Québec.

1.2.6.4 L'effet de genre, l'effet d'âge et l'effet de genre

Pour terminer de brosser le portrait statistique, il est important de souligner et d'illustrer comment des phénomènes statistiques viennent questionner le processus diagnostique. C'est notamment le cas de l'effet de genre et de l'effet d'âge.

Depuis l'apparition d'une théorie d'un trouble neurologique pour expliquer les problèmes moraux et scolaires, les cas identifiés sont essentiellement les jeunes, principalement les jeunes garçons (Conrad, 2011), même si l'écart avec les jeunes filles tend à diminuer (Prosser et Reid, 2013). En 1994, l'APA proposait que chez les enfants d'âge scolaire, le ratio garçon/filles TDAH pouvait varier de 4 à 9 garçons pour une seule fille (Quesnel, 2008). En 2010, les écrits scientifiques permettaient d'avancer majoritairement un ratio

autour de 4 garçons pour une fille, et on pouvait lire dans le DSM-IV que les différences de genre varient plutôt sur les sous-types de TDAH (Ramtekkar et coll., 2010), alors que le sous-type hyperactif serait plus associé aux garçons. Toutefois, en pratique, les rapports du INESSS (2017[1 et 2]) permettent d'observer que les Canadiens de 0 à 25 de sexe masculin sont encore surreprésentés de manière significative sur le plan de la consommation de médication psychostimulante, alors qu'en 2014-2015³¹, 65 % d'eux étaient de sexe masculin et 35 % de sexe féminin (INESSS, 2017[1]). Il y a toutefois bel et bien une tendance selon laquelle la disparité de genre diminue, alors qu'en 2006-2007, il s'agissait de 74,4 % de sexe masculin et de 25,6 % de sexe féminin (Ibid).

Dans son étude, Elder (2010) aborde l'effet d'âge et l'impact de la comparaison subjective entre les pairs d'une même cohorte scolaire, lors de l'évaluation d'un jeune. Le chercheur affirme que, dans son échantillon d'élèves du primaire, le nombre de diagnostics TDAH est deux fois plus élevé chez les jeunes nés au mois d'août que chez ceux nés au mois de septembre. Ceci serait dû, selon lui, à la comparaison entre les pairs, puisque dans une cohorte scolaire, ceux nés au mois d'août ont 11 mois de développement de moins que ceux nés au mois de septembre. En effet, une cohorte scolaire inclut les jeunes nés au mois de septembre d'une année X jusqu'aux enfants nés au mois d'août de l'année suivante (Y). Ceux nés au mois d'août de l'année Y sont donc 11 mois plus jeunes que ceux nés au mois de septembre de l'année X. L'important ici est que cette étude permet de considérer la part de subjectivité dans le processus évaluatif mis en œuvre par les professionnels scolaires, dans une logique de dépistage, à l'aide de la comparaison normative entre les pairs et de normativité scolaire. Dit autrement, cette recherche suggère qu'il y aurait des TDAH scolaires, plutôt que des TDAH neurologiques. Bien sûr, la différence d'âge n'est pas la seule source de subjectivité dans le processus diagnostique. Cette étude permet toutefois de comprendre le caractère socialement construit du diagnostic, notamment du fait de ne pas prendre en compte certains facteurs extérieurs à l'enfant dans l'application de la norme de la réussite scolaire et/ou comportementale. Ces facteurs extérieurs étant ignorés, pendant qu'on attribue la cause de ces écarts normatifs « à l'intérieur » de l'enfant, considérant qu'il

³¹ Parmi la population à l'étude qui aurait fait au moins une réclamation pour un médicament spécifique au traitement du TDAH dans les BDA de la RAMQ.

est porteur d'un trouble neurodéveloppemental et, donc, considérant qu'il est le seul responsable de ses difficultés.

Les rapports de l'INESSS (2017) traitent de l'effet d'âge, alors qu'ils ont établi les proportions des diagnostics TDAH et de consommation de médication psychostimulante, en fonction des mois de naissance d'une cohorte³². Selon cette perspective, les proportions devraient être aux alentours de 33 %, puisque l'année est divisée en 3. Pour ce qui est de la consommation de médication psychostimulante, « la proportion de naissances en été (juin, juillet, août, septembre) tournait autour de 39 % parmi les individus de la population à l'étude 1 et 2 regroupée, et ce, pour les quatre périodes étudiées » (INESSS, 2017[1]). En fait, dans la presque totalité des tableaux statistiques de l'étude, la proportion de jeunes nés en été est supérieure à la proportion de ceux nés dans les 8 autres mois :

Il est possible de se questionner à savoir si ces résultats ont ou non un lien avec le phénomène décrit par certains auteurs [Morrow et coll., 2012; Elder, 2010; Evans et coll., 2010], selon lequel les enfants nés juste avant la date de coupure pour l'entrée à la maternelle, donc les enfants les plus jeunes de leur classe, seraient plus à risque de recevoir un diagnostic ou d'être traités pour le TDAH. La date de coupure est le 1er octobre au Québec. L'approche analytique employée dans ce portrait de l'usage ne permettait toutefois pas d'explorer ce lien. (INESSS, 2017[1], p. 58)

Cette tendance statistique ne confirme rien en soi, selon les chercheurs de l'INESSS, mais permet plutôt de nourrir le questionnement à l'égard de la construction sociale du diagnostic selon l'effet d'âge, notamment de poser l'hypothèse de la présence de la comparaison subjective entre les élèves d'une même année scolaire dans le processus diagnostique (Elder, 2010 ; INESSS, 2017). La comparaison normative entre les pairs, plutôt qu'une évaluation objective médicale, suggère un nombre significatif de faux diagnostics TDAH chez les enfants d'ordre primaire, c'est-à-dire de TDAH scolaire.

1.2.6.5 *Les questions à se poser face à ces tendances statistiques*

La citation suivante, de *L'avis ministériel du Conseil Supérieur de l'Éducation*, paru à l'automne 2017, témoigne de l'importante remise en question de la situation de la surmédicalisation par plusieurs experts ainsi que par l'opinion publique :

³² Qui sont, au Québec, de juin à septembre.

La médicalisation des enfants atteints d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et, plus largement, la surmédicalisation des élèves qui présentent des troubles du comportement sont de plus en plus remises en question tant par des experts de la question (Currie, Stabile et Jones, 2014 ; Elder, 2010 ; Visser, 2015) que par l'opinion publique (Guo, 2013 ; Montpetit, 2014). Leur nombre est en croissance constante, en Amérique du Nord plus que partout ailleurs, particulièrement au Québec (Currie, Stabile et Jones, 2014). (Conseil Supérieur de l'Éducation, 2017, p. 26)

Puisque le nombre de diagnostics/prescriptions est en croissance rapide et constante depuis plus de 20 ans, particulièrement dans la province de Québec qui se démarque significativement du reste du Canada, il apparaît donc important de se questionner sur ce qui expliquerait ces tendances statistiques. À ce chapitre, diverses questions hypothétiques sont à considérer : se pourrait-il que les pratiques diagnostiques ne soient pas uniformes selon le lieu ? Se pourrait-il que les regards posés sur les comportements des enfants, ainsi que les attentes normatives envers ceux-ci, varient d'un groupe culturel à un autre ? Y aurait-il eu sous-diagnostic dans le passé et, maintenant, de meilleurs outils diagnostic et une meilleure compréhension du phénomène ? Y aurait-il un meilleur accès aux soins et aux médicaments ? Ou bien se pourrait-il qu'il y ait plutôt situation de surdiagnostic et surprescription ? Y aurait-il une situation impliquant un TDAH neurologique et un TDAH scolaire ? Se pourrait-il que la hausse soit le résultat d'un flou diagnostique ou qu'elle soit le résultat d'une légitimation croissante du diagnostic au sein des acteurs impliqués dans le processus ? Ces tendances statistiques seraient-elles la conséquence d'un système d'éducation inadapté à une partie de sa clientèle ? Seraient-elles le résultat de tendances culturelles spécifiques ? Ces questions hypothétiques semblent importantes à considérer.

1.2.7 L'interprétation sociale du TDAH : informations ambiguës et contradictoires

Cette sous-section sert à illustrer les différentes interprétations à l'égard du TDAH dans les différents « lieux » sociaux d'accès à la connaissance, alors qu'à certains endroits (médias, système de santé, écrits ministériels) on peut observer une confrontation d'idées et une incertitude collective à l'égard du trouble, mais surtout à l'égard de la médication psychostimulante. En effet, malgré une tendance sociale vers l'acceptation de cette solution, il y aurait toujours un certain inconfort moral envers celle-ci. Ce n'est cependant pas le cas dans certains autres types de médias. Les résultats de recherches internet sur le TDAH, par exemple, mènent principalement, même presque exclusivement, vers des sites visant la légitimation du trouble et de la solution pharmacologique.

1.2.7.1 *La présence du TDAH dans les médias*

Au courant des dernières années, de nombreux articles ou reportages ont été présentés à l'égard du TDAH. Seulement sur le site internet du média *Le Devoir*, près d'une quarantaine d'articles journalistiques, publiés entre 2011 et 2018, sont proposés lorsqu'on inscrit « TDAH » dans le moteur de recherche. Sur le site internet de *Radio-Canada*, c'est 35 articles ou reportages entre 2013 et 2018. Les messages principaux de ces articles ou reportages journalistiques concourent majoritairement à :

- relayer les nouvelles connaissances sur le TDAH, issues de la recherche scientifique ;
- brosser un portrait de la prévalence du trouble et/ou de la consommation de médication psychostimulante et/ou dresser un portrait de la santé mentale des Québécois ;
- brosser un portrait critique des écoles québécoises ;
- présenter des trucs ou des moyens de réduire les impacts du trouble ;
- présenter des cas/histoires de personnes vivant avec un TDAH.

De nombreux articles font état de nouvelles connaissances issues de la recherche scientifique ou des réflexions idéologiques. La plupart d'entre eux concernent les nouvelles connaissances médicales, neurologiques ou biologiques du trouble. Par exemple, un article du média *Le Devoir*, publié le 1^{er} décembre 2018, présente les résultats d'une vaste étude internationale rapportant une prédisposition génétique au trouble du TDAH³³. Selon mes recherches, les médias semblent donc relayer de plus en plus l'interprétation médicale du trouble, en citant de nouvelles études venant appuyer cette interprétation. Ceci peut s'expliquer notamment par deux phénomènes : soit il y aurait beaucoup plus de recherches médicales sur le TDAH que dans toutes autres disciplines, soit les domaines de recherches associés à la médecine bénéficient d'une grande légitimité sociale dans notre société québécoise. Il faut mentionner que, même si l'interprétation médicale du trouble est l'interprétation socialement dominante en ce moment, les médias relayent parfois aussi des

³³ Le Devoir, « Le TDAH : un trouble en grande partie génétique », <https://www.ledevoir.com/societe/science/542659/le-tdah-une-maladie-en-grande-partie-genetique>

résultats de recherches ou des réflexions venant nuancer l'interprétation médicale du trouble, comme en témoigne cet extrait d'un texte de Louis Cornellier :

Landman, dont l'ouvrage est une magistrale leçon de méthode scientifique appliquée à la psychiatrie, ne reconnaît donc pas la valeur du diagnostic de TDAH. Ce trouble, tel qu'il est défini actuellement, « *n'existe pas* ». On ne lui connaît aucun marqueur biologique, les symptômes qui lui sont associés (concentration faible, distraction, impulsivité et hyperactivité) ne lui sont pas spécifiques et les hypothèses neuropsychologiques qui servent à le fonder échouent au test de la scientificité. « *Le TDAH, assène Landman, est une fausse maladie et les médicaments psychostimulants ne sont pas le traitement de cette fausse maladie* »³⁴.

En effet, même si la communauté scientifique médicale semble de plus en plus convaincue de l'existence d'un trouble neurologique affectant la vie d'une bonne proportion d'individus, d'autres scientifiques, parfois même du domaine médical et surtout du domaine des sciences sociales, ne sont pas convaincus de l'explication neurologique comme l'explication principale de la présence d'inattention et/ou d'hyperactivité chez certains enfants. Ces derniers tentent alors de nuancer cette interprétation et dénoncent les usages inappropriés du diagnostic TDAH, comme en témoigne, par exemple, cet extrait d'un article dans *Le Devoir* :

De nombreux petits Québécois recevraient à tort un diagnostic de trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). C'est ce qu'a révélé le neuropsychologue Benoît Hammarrenger lors d'une présentation dans le cadre du congrès annuel de l'Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) qui a eu lieu la semaine dernière³⁵.

Il faut rappeler que, si l'interprétation médicale du TDAH est contestée par plusieurs, c'est notamment en raison de son association fréquente à la prescription d'une médication psychostimulante. Le titre d'un autre article dans *Le Devoir* en est un bon exemple : « TDA-H: une dangereuse surmédicalisation ? »³⁶. Ainsi, les médias font donc le relais des nouvelles connaissances à l'égard du TDAH, dans cette dualité entre trouble neurologique et trouble social.

³⁴ Le Devoir, 2015, « Le TDAH est-il une fausse maladie », <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/448654/le-tdah-est-il-une-fausse-maladie>

³⁵ Le Devoir, 2011, « Le grand nombre de faux diagnostics de trouble de déficit d'attention inquiète », <https://www.ledevoir.com/societe/education/319948/le-grand-nombre-de-faux-diagnostics-de-trouble-de-deficit-d-attention-inquiete>

³⁶ Le Devoir, 2016, « TDA-H: une dangereuse surmédicalisation ? », <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/475354/tda-h-une-dangereuse-surmedicalisation>

1.2.7.1.1 Une dénonciation médiatique faite par des pédiatres québécois

Plus récemment, en février 2019, 48 experts, dont 45 pédiatres, ont sonné publiquement l'alarme au surdiagnostic et à la surutilisation de médication psychostimulante chez les enfants, en signant un article dans le *Journal de Montréal* : « TDAH et médicaments : sommes-nous allés trop loin ? »³⁷. En faisant référence aux trois rapports de l'INESSS (2017), que j'ai moi-même utilisé plus tôt pour vous présenter le portrait statistique, leur sortie médiatique visait à dénoncer la surconsommation de médication psychostimulante des jeunes québécois, qui toucherait près du double d'enfants que dans le reste du Canada :

Les critères de diagnostic du TDAH (même si on peut les critiquer) sont pourtant les mêmes dans le reste du Canada. Les questionnaires souvent utilisés (Conners) sont identiques. Les jeunes du reste du Canada jouent aux mêmes jeux vidéo. Il y a donc des facteurs spécifiques au Québec qui expliquent cette troublante différence dans l'utilisation des médicaments pour le TDAH³⁸.

Cette spécificité de la situation québécoise doit faire l'objet de la recherche en sciences sociales afin de mieux comprendre les processus sociologiques derrière ces tendances statistiques alarmantes sur notre traitement des jeunes enfants québécois.

Cette sortie médiatique a notamment permis à deux pédiatres cosignataires de cette dénonciation publique d'être invités à l'émission *Tout le monde en parle* du 10 février 2019, soit le Dr Guy Falardeau, pédiatre spécialisé dans les problématiques des jeunes dits hyperactifs, et la Dr Valérie Labbé, pédiatre à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Lors de cette émission, qui est une des plus regardées au Québec, on peut observer que le TDAH est devenu un phénomène sensible, socialement vif, soulevant différents problèmes au Québec. Certains points de vue sont pertinents à présenter dans le cadre de ce mémoire, puisqu'ils reflètent les différentes interprétations sociales de la problématique abordée ici.

En ce qui a trait à l'interprétation sociale du TDAH, premièrement, la notion du trouble comme une maladie ne fait pas l'unanimité même chez les pédiatres, alors que Dr Falardeau répond que ce n'est pas une maladie, mais plutôt : « *une différence génétique, ce sont des gens qui sont différents et ça peut nuire ou ne pas nuire, ça dépend, il y a un*

³⁷ Journal de Montréal, « TDAH et médicaments : sommes-nous allés trop loin ? », <https://www.journaldequebec.com/2019/01/31/tdah-et-medicaments-sommes-nous-alles-trop-loin>

³⁸ Ibid.

côté positif, s'ils sont plus créatifs, s'ils sont plus inventifs »³⁹. Il propose même l'hypothèse qu'il y aurait légèrement plus de TDAH au Québec que dans le reste du Canada, justement par cet aspect culturel québécois « *il y en a probablement un peu plus, à mon opinion, parce que je pense qu'il y a beaucoup de TDAH chez les gens créatifs [...] et le Québec est un endroit plus créatif, je pense, que le reste du Canada* »⁴⁰. Ces affirmations ont alors fait réagir un jeune acteur québécois présent sur le plateau, qui s'identifie au TDAH : « *moi je l'ai dans le tapis le « H » [pour hyperactif]* »⁴¹, lui qui interprète le trouble comme « *un peu un couteau à double tranchant pour un enfant d'avoir un cerveau qui va un peu trop vite pour lui* »⁴². Son expérience le fait critiquer la médication, alors qu'il a vécu une mauvaise expérience : « *moi j'ai été médicamenté, je pense qu'il faut vraiment que tu trouves ta bonne dose, parce que moi ça avait eu des effets complètement néfastes, j'étais constamment fatigué, je n'avais plus faim, j'arrivais chez nous je vomissais et je dormais* »⁴³. Pour lui, la solution à son type de TDAH est l'action et la création dans une passion, plutôt que l'assistance passive à la classe :

*C'est quand j'ai commencé à tourner (tournage cinématographique) et que j'ai commencé à faire de l'improvisation que mon TDAH, vraiment de me trouver une passion et de me trouver quelque chose à faire, d'avoir un rythme de vie assez... je pense que ça m'a beaucoup aidé. Mais d'être assis sur des bancs d'école pendant 12 heures j'aurais explosé je pense*⁴⁴.

Ainsi, il en vient à identifier son TDAH comme un défi, mais aussi comme une force lorsqu'il a su devenir conscient et utiliser cet aspect de sa personnalité dans ses passions. En outre, le Dr Falardeau propose l'hypothèse qu'il y a plus de garçons que de filles TDAH, en partie parce que les manifestations de l'impulsivité sont différentes selon le genre, et les manifestations des filles sont peut-être plus tolérées, étant des manifestations plus calmes et cadrant plus aux normes scolaires. Ce qui, encore une fois, appuie l'hypothèse qu'il y aurait un nombre de TDAH scolaires plutôt que neurologiques. Lorsque les animateurs demandent s'il y aurait une plus grande intolérance sociale envers la turbulence et la

³⁹ Tout le monde en parle (Québec), 10 février 2019, <https://ici.radio-canada.ca/tele/tout-le-monde-en-parle/site/episodes/426370/lepage-turcotte-funk-duvernay-tardif-barrette-falardeau-labbe-bruneau-entrevues>

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

différence des enfants, les deux pédiatres répondent simultanément « *tout à fait* », et Dr Labbé ajoute qu'« *on veut de la performance [...] on veut que tout aille bien, que tout fonctionne bien, on est dans l'instantané, alors les enfants qui sont turbulents, ça marche moins, ça n'entre pas dans le cadre de l'école* »⁴⁵.

Toujours par rapport à l'interprétation sociale du TDAH, deuxièmement, les deux pédiatres affirment qu'ils ne nient toutefois pas l'existence d'un TDAH neurologique, ni la pertinence, pour certains, de recevoir un traitement par médication psychostimulante. Ils identifient plutôt des problèmes concernant la prévalence et la pratique diagnostique, ou évoquent des problèmes plus larges de société. Une piste d'explication au surdiagnostic serait l'acceptation sociale du trouble, selon Dr Labbé, alors qu'il y a 20 ans, les médecins ont dû *se battre* pour faire accepter socialement la prise de médicament chez les jeunes. En 2019, le TDAH serait devenu une explication de plus en plus acceptée, « *tellement que les professeurs se mettent à voir le TDAH, tout le monde se mettent à en voir, [...] et puis les parents se disent : peut-être que ça serait la solution pour mon enfant* »⁴⁶. Cette acceptation sociale du trouble, son appropriation par les acteurs comme interprétation valide de la « réalité », ainsi que l'observation de la rapidité des bienfaits d'une médication psychostimulante, sont autant de sources de légitimation de la médicalisation des problèmes scolaires : « *on nous met beaucoup de pression pour qu'on en prescrive et on est fatigué d'en prescrire à certains enfants* »⁴⁷. D'ailleurs, lorsqu'on demande aux deux pédiatres si les écoles mettent de la pression pour que les enfants soient médicamenteux, Dr Labbé répond : *bin oui, c'est sûr !* ; et Dr Falardeau répond : « *Bin oui, et ce n'est pas par mauvaise volonté, [c'est] parce qu'ils ont vu le petit gars l'année passée ou la petite fille qui s'est mise à aller tellement mieux avec des médicaments, et [ils se disent] « s'est un autre pareil »* »⁴⁸. On perçoit ainsi que la légitimité de déceler un TDAH s'est étendue à l'école, notamment par la comparaison normative, ce qui peut créer de la confusion dans l'interprétation du trouble :

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

Ça peut être les mêmes symptômes [que l'anxiété] et c'est ce que les gens ont de la difficulté à reconnaître. Un enfant anxieux peut montrer ça en bougeant, en étant dans la lune, en fuyant la réalité, alors un enfant qui vit des problèmes émotionnels, aussi il peut réagir avec la colère et là c'est rendu qu'on pense que les crises de colère c'est du TDAH, mais non ! Les crises de colère ça vient d'enfants qui ont des problèmes anxieux ou des problèmes d'opposition. Le TDAH ce n'est pas des crises de colère, c'est des gens qui ont peut-être plus de difficulté à se contrôler et plus de difficulté à être attentif. Et ceux-là, les médicaments les aident⁴⁹.

Finalement, toutes ces manières par lesquelles est présenté le TDAH dans les médias québécois témoignent d'une situation problématique, alors que l'interprétation sociale et scientifique du TDAH pourrait s'être propagée de manières maladroites et trop peu nuancées. La même chose pour son association avec la médication psychostimulante, qui pourrait être devenue un outil trop légitime et trop convoité, vu sa rapidité d'action pour changer (ou camoufler) la situation problématique. En outre, concernant le nombre de TDAH au Québec, le Dr Falardeau affirme « *qu'on en diagnostique trop, et on diagnostique trop rapidement* »⁵⁰. Dr Labbé, qui appuie cette idée, explique que cette sortie médiatique sert à mettre en lumière comment cette situation serait même devenue « *un problème de société [...] que c'est devenu finalement un problème de santé publique, puisque c'est tellement important* »⁵¹. Ce problème de société implique directement l'école québécoise et les ressources disponibles aux enfants la fréquentant, puisque le nombre de diagnostics pourrait contenir beaucoup plus de TDAH scolaires que de TDAH neurologiques. Le Dr Labbé dénonce d'ailleurs la situation troublante des nombreux troubles scolaires :

Il manque des ressources [...] Moi je pense que même si ces chiffres sont très élevés, ça reste la pointe de l'iceberg, parce qu'on a des demandes à n'en plus finir, on ne fait que ça! Que des troubles scolaires. On peut passer nos journées à faire ça, on doit en refuser. On [envoie] ça dans la cour des médecins de famille⁵².

Ainsi, il est intéressant, dans le cadre de ce mémoire, de poser l'hypothèse de facteurs qui auraient conduit à un déplacement d'une partie de la responsabilité des troubles scolaires vers l'institution de la santé. On responsabilise principalement le corps de l'enfant, en désignant un problème de santé plutôt qu'un problème scolaire, ce qu'une bonne partie des

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

diagnostics révéleraient pourtant. Parmi les facteurs expliquant ce déplacement, on retrouve un manque de ressources éducatives et de soutien psychologique, l'attribution de la responsabilité des troubles scolaires au domaine médical et pharmaceutique, ainsi qu'une acceptation sociale de l'interprétation médicale des difficultés scolaires.

En ce sens, les médecins et pédiatres se retrouveraient face à des problèmes de santé différents que ce pour quoi ils ont été formés, selon Dr Labbé : *on a été formé avant tout pour la maladie physique, et maintenant, ce qui arrive dans nos bureaux de cliniciens ce sont des cas de problèmes de santé mentale*⁵³. De plus, les pédiatres doivent diagnostiquer le TDAH, un trouble aux critères flous et laissant une large part de subjectivité, et aux méthodes diagnostiques aussi imprécises : *« Les critères du TDAH sont assez subjectifs. On a des questionnaires qui ont été remplis, de bonne foi, par les parents, par les professeurs, parfois on a des évaluations en psychologie, mais ça reste assez subjectif »*⁵⁴. Puis, cette institution, selon Dr Labbé, ne peut offrir que des conseils et une seule solution, soit la médication psychostimulante :

*Quand ils viennent nous voir, la seule chose qu'on a à leur proposer c'est une pilule. C'est de bien faire le tour du problème, de voir s'il y a d'autres problématiques, de leur expliquer c'est quoi le système, d'aller consulter au CLSC, les psychologues, tout ça. Mais en bout de ligne, nous, il nous reste que la pilule ou à peu près*⁵⁵.

Ainsi, la solution que l'institution de la santé peut offrir est majoritairement la médication psychostimulante. Une solution à un problème qui, tel que mentionné par le Dr Falardeau et par le jeune acteur, n'est qu'un problème dans la mesure où on l'interprète comme un problème selon les normes sociales en place. Sous cet angle, le TDAH est, en partie, une interprétation sociale d'aspects humains qui sont perçus comme négatifs ou positifs selon le contexte. Lorsqu'il est perçu négativement, on l'aborde fréquemment comme une « maladie » devant être traitée ; alors que d'un autre point de vue, adopté dans ce mémoire, il s'agit plutôt d'une condition humaine différente, inadaptée aux institutions en place, ainsi qu'aux normes et aux attentes de ces institutions à l'égard des individus. En tenant compte de ces dernières affirmations, on peut comprendre pourquoi le Dr Labbé et certains de ses

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

collègues dénoncent l'inconfort du dilemme devant lequel se retrouve, surtout si on considère ces deux éléments de leur serment d'Hippocrate :

- Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission
 - La pression scolaire, la pression des parents ou la pression des pharmaceutiques, par exemple.
- Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.
 - Certains médecins généralistes peuvent ne pas se sentir assez compétents ou assez outillés pour bien mener un diagnostic TDAH.

Finalement, la forte présence du TDAH dans les médias, la diversité des points de vue présentés dans ces articles et les nombreuses questions qui restent en suspens font état d'une situation socialement problématique, alors qu'il n'y aurait pas consensus social à l'égard du TDAH, de son interprétation médicale et de son traitement par médication psychostimulante. Ceux-ci permettent donc de comprendre l'ambivalence sociale concernant le TDAH, à savoir d'un côté, la grande légitimité sociale accordée au domaine pharmaceutique dans la définition et dans le traitement d'une problématique sociale, soit les difficultés scolaires et comportementales des jeunes Québécois, et d'un autre côté, la dénonciation sociale de cette légitimité pharmaceutique par des spécialistes et des citoyens qui sont au fait des limites et des nuances de cette légitimité :

Nous demandons impérativement à tous ceux concernés, et au fond n'est-ce pas toute la société qui est concernée, de faire un sérieux examen de conscience et de se questionner pour savoir pourquoi tant de jeunes présentent des symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité et d'anxiété, au point d'être traités avec des médicaments psychotropes aussi souvent⁵⁶.

Le projet de ce mémoire a donc émergé et s'inscrit dans ce processus réflexif, mais aussi multidisciplinaire, visant une recherche de connaissances à l'égard du TDAH. Des connaissances nécessaires pour bien mener cet examen de conscience collectif qu'implique le traitement de jeunes enfants par des médicaments psychostimulants, notamment en voulant établir une compréhension de comment est conduit un processus diagnostique d'un TDAH.

⁵⁶ Ibid.

Une des raisons pourquoi c'est important d'acquérir de meilleures connaissances à cet égard, c'est pour pouvoir améliorer la disponibilité de l'information sur internet. Il va de soi, les citoyens qui veulent s'informer sur le TDAH vont de plus en plus chercher l'information sur internet, ce qui les mène principalement à des sites professionnels d'offre de service, d'associations médicales ou citoyennes, ou d'information générale sur le trouble. Contrairement aux articles journalistiques, qui sont parfois nuancés par rapport à la légitimité du trouble, les sites internet qui sortent en premier, lorsqu'on écrit « TDAH » dans le moteur de recherche Google, sont majoritairement des sites où l'information présentée est principalement d'interprétation médicale, non nuancée, du trouble. Il s'agit souvent de listes de symptômes et d'exemple de comportements associés au TDAH. D'ailleurs, depuis septembre 2019, l'Université Laval offre une formation en ligne gratuite, pour toute personne intéressée, sur le TDAH. L'objectif est justement de défaire les mythes et de prévenir ou renverser l'acquisition de connaissances erronées sur le trouble, notamment sur ses causes et sur les manières d'améliorer la situation. La disponibilité d'informations, et la pertinence de ces informations, induit la pertinence de conduire de la recherche dans une perspective de vérification des connaissances sur le TDAH auprès des acteurs présents au cours du processus diagnostique d'un TDAH, et des sources d'acquisition de ces connaissances.

1.2.7.2 La présence du TDAH dans les écrits ministériels

Les plus récents écrits ministériels publiés par le Ministère de l'Éducation conviennent aussi de la pertinence de conduire de nombreuses recherches sur l'épineux sujet du TDAH et de son traitement pas médication psychostimulante, tant dans les domaines des sciences de la santé que dans les domaines des sciences sociales. Par exemple, dans l'Avis ministériel *Pour une école riche de tous ces élèves* (2017), du Conseil Supérieur de l'Éducation, la médicalisation du TDAH est un sujet important à explorer :

Aujourd'hui, bien que les encadrements de système visent à favoriser une approche individualisée indépendamment des catégories d'élèves, les pratiques portées à l'attention du Conseil révèlent que l'**approche médicale** des difficultés scolaires demeure très prégnante. Or, le Conseil est d'avis que ce type d'approche constitue plutôt un frein au développement d'une école inclusive, compte tenu des effets qu'elle a tant sur les élèves que sur les services. (Conseil Supérieur de l'Éducation, 2017, p. 18)

Si cet avis insiste sur la trop forte présence de l'approche médicale, il insiste également sur l'attention devant être accordée aux rôles et responsabilités des divers acteurs impliqués dans le processus diagnostique du trouble et dans la prise en charge des difficultés par le système scolaire québécois⁵⁷.

1.2.8 L'interprétation du TDAH dans un contexte de système d'éducation inclusif

Pour situer la place du TDAH dans le domaine de l'éducation, il est nécessaire d'introduire brièvement le contexte québécois de cheminement organisationnel vers inclusion scolaire. Le système d'éducation au Québec tend vers l'inclusion, dans le sens qu'il vise, depuis les années 1960, à contrer toute forme d'exclusion à l'accès à l'éducation. Cette idéologie a mené à de nombreuses transformations par le ministère de l'Éducation, notamment sur le plan de mesures visant l'inclusion des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (ÉHDAA). Cette tendance vers l'inclusion des élèves HDAA s'opère à travers trois dimensions : l'inclusion physique, sociale et scolaire. L'inclusion physique garantit l'accès à une éducation, par exemple, en créant des écoles pour ces élèves à besoins particuliers ; en adaptant les écoles pour les divers handicaps physiques ou en assurant des services à ceux qui ne peuvent se déplacer. L'inclusion sociale permet d'aller plus loin que l'inclusion physique sur le continuum idéal typique de l'école inclusive, alors qu'elle implique le partage d'activité des HDAA avec les autres élèves de l'école. Par exemple, il peut s'agir d'intégrer de tels élèves dans des classes régulières. Ou, si l'intégration en classe régulière n'est pas optimale pour l'élève et qu'il est préférable qu'il se retrouve en classe spéciale, il peut s'agir d'intégrer ces classes spéciales dans un édifice où il y a aussi des classes régulières, alors qu'auparavant ceux-ci étaient majoritairement regroupés dans des écoles spécialisées. L'inclusion scolaire est le type le plus intéressant dans le cadre de ce mémoire, alors qu'il concerne les services éducatifs reçus. Si l'école inclusive, dans les années 1960, visait l'égalité d'accès aux services, l'inclusion scolaire vise maintenant l'équité d'accès aux services, même s'il reste beaucoup de chemin à faire. Il s'agit maintenant d'adapter la pédagogie et l'offre de service à l'élève, selon ses besoins

⁵⁷ D'autres avis ministériels, dans les années 2000, vont aussi dans ce sens, tels que le *Rapport du comité-conseil sur le Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central* (Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, 2000), ainsi que le plan d'action *TDAH – Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité - Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes* (Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, 2000).

particuliers. Donc d'adapter le programme dans une perspective d'individualisation de l'enseignement, c'est-à-dire d'opérer une différenciation de l'enseignement en considération des besoins particuliers des différents élèves d'une même classe. L'inclusion scolaire est un processus de prise en compte des besoins d'un élève HDAA, à travers l'application de moyens pour lui offrir des services éducatifs adaptés dans un contexte le plus « normal » possible (Trépanier, 2017). Pour y arriver, il faut ainsi identifier les difficultés de l'enfant et identifier les mesures pour favoriser l'équité des chances de réussir. Le TDAH, tel que défini plus tôt, s'insère dans un modèle pratique d'inclusion issue du domaine médical. Un modèle centré sur la compréhension des difficultés de l'enfant (Ibid), c'est-à-dire que l'on comprend comme étant à l'intérieur du corps de l'enfant. Il existe aussi le modèle environnemental, pour lequel les difficultés sont comprises comme le résultat d'une situation dans laquelle l'enfant ne peut répondre de manière satisfaisante à la demande de l'environnement.

1.2.8.1 *Le continuum de l'intégration scolaire*

Bien entendu, l'inclusion scolaire (adaptation et différenciation) est une idéologie s'inscrivant dans un continuum vers l'idéal-type de l'inclusion totale, dans le sens que le système ne peut que s'approcher de cet idéal sans l'atteindre. Dans le cadre des difficultés d'apprentissage, la Réponse à l'intervention (RAI)⁵⁸ est un modèle d'offre de services permettant de cheminer sur ce continuum vers l'inclusion totale. La RAI est un modèle d'évaluations fréquentes et constantes de la réponse de l'élève aux services éducatifs qui lui sont offerts, qui vise à identifier dès que possible toute difficulté ou tout retard dans la maîtrise de compétences, afin de pouvoir agir immédiatement par des interventions ciblées, sans nécessairement avoir besoin d'un diagnostic (Mahoney, 2012). Les réponses de l'élève, à ces interventions ciblées, sont-elles aussi constamment réévaluées pour voir si elles ont l'effet désiré ou si elles sont insuffisantes et qu'il faut envisager des interventions plus ciblées et plus intenses (Ibid). Le schéma qui suit résume les principaux préceptes de ce modèle.

⁵⁸ Traduction du modèle *Response to intervention* (RTI),

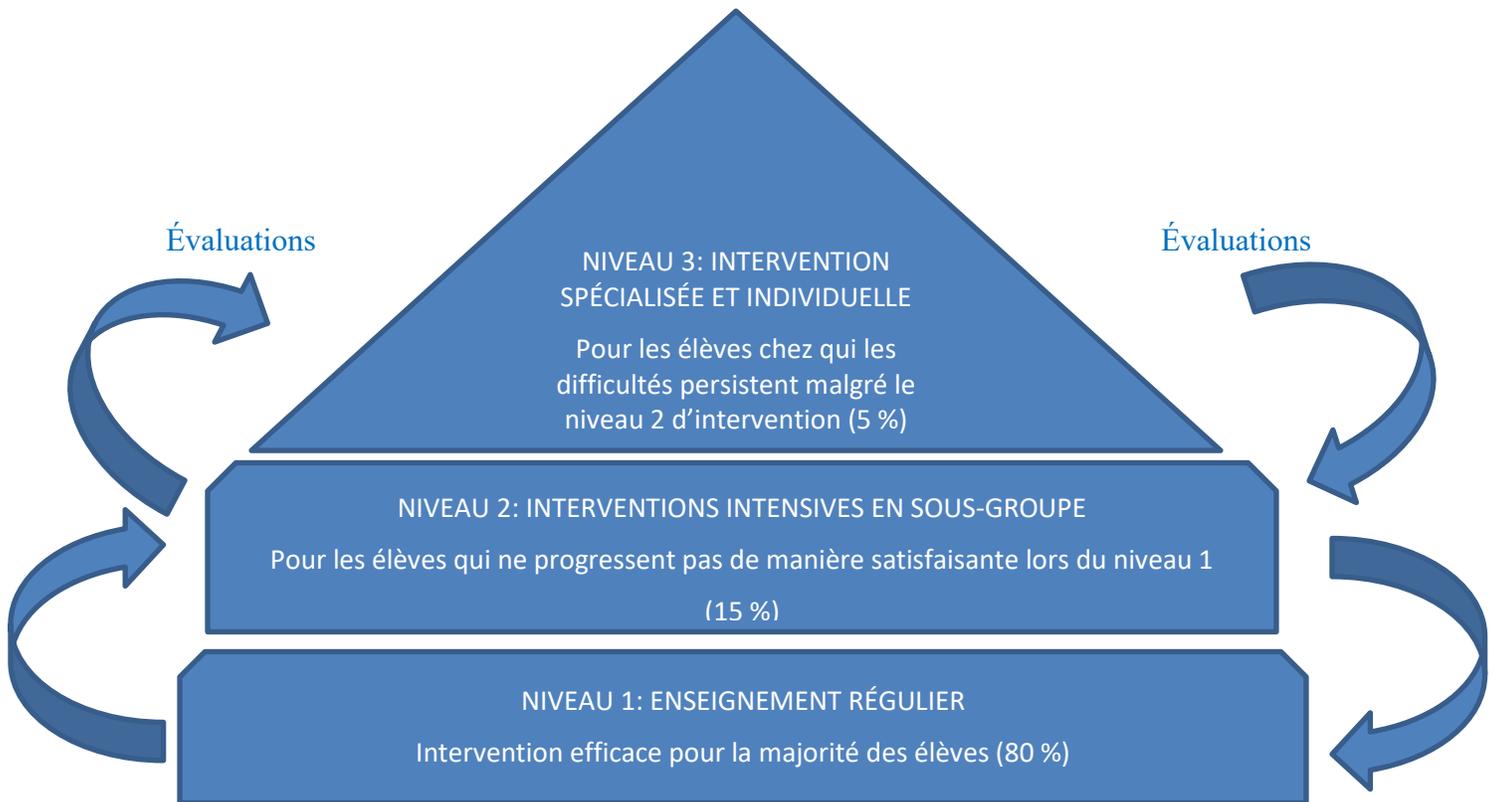


Figure 2 : Response to intervention model (RTI) / modèle de la réponse à l'intervention (RAI).

Des études sur la RAI indiquent qu'une bonne proportion d'élèves, qui ont des difficultés d'apprentissages à un certain moment, améliorent leurs compétences jusqu'au point de rattraper le retard et d'atteindre les attentes scolaires à leur égard, simplement en bénéficiant de cette offre de service (Ibid). Ce modèle de service cherche à agir le plus tôt possible pour aider l'enfant. C'est un modèle d'intervention *Right on time*, le contraire du modèle *Wait to fail* (Ibid) qui est un modèle selon lequel l'élève reçoit un service d'aide, ou se voit ajuster son service d'aide, seulement lorsqu'on constate qu'il y a échec scolaire. Le *Wait to fail* a longtemps été le modèle principalement utilisé. Par exemple, pour recevoir le financement servant à offrir des services aux jeunes en difficultés, les écoles devaient fournir la liste d'enfants ayant reçu un code de difficulté, tel que le TDAH par exemple. Comme le code TDAH était souvent le plus approprié pour les enfants ayant des difficultés scolaires, il est ainsi probable que cette étiquette a souvent été utilisée simplement pour que l'enfant reçoive un service d'aide, plutôt que parce qu'il était vraiment TDAH (d'un point de vue neurologique). On peut poser l'hypothèse que cette situation de services scolaires conditionnels à des codes de difficulté aurait pu contribuer à la « création » d'un

TDAH scolaire qui s'est éloigné du TDAH théorique (neurologique). Ce qui pourrait expliquer, en partie, la trop grande prévalence du TDAH empirique. Ainsi, la différence majeure entre le modèle RAI et le modèle de financement par codes est que, dans le modèle RTI, un diagnostic va être pertinent dans la mesure selon laquelle l'enfant ne répond pas aux interventions d'aide ciblées, alors que dans l'autre modèle, un diagnostic peut être établi simplement afin d'obtenir des interventions d'aide ciblée (Kovaleski, 2007). La RAI permet donc que des élèves qui n'ont pas une maladie neurodéveloppementale, mais qui sont plutôt dans une situation différente, peuvent être aidés sans recevoir un diagnostic à tort (Ibid).

1.3 Les justifications de la perspective sociologique

Les faits de la maladie, du corps, de la souffrance, de leur traitement et de leur prise en charge sont devenus des objets d'étude pour la sociologie et ne sont plus seulement le domaine réservé de la médecine et des sciences de la vie.
(Herzlich et Pierret, 2010, p. 142).

J'ai tenté, dans les deux premières sections de ce chapitre, de questionner les plusieurs idées reçues sur le phénomène du TDAH à l'aide de témoignages d'experts, d'ouvrages et de statistiques, notamment en présentant comment le problème est socialement construit et en expliquant toutes les nuances dont il faut tenir compte afin d'illustrer que le diagnostic TDAH ne réfère pas toujours à un trouble neurologique et qu'il serait souvent mal diagnostiqué. En ce sens, de faux diagnostics étiquetteraient comme une maladie des cas qui correspondraient plutôt à des troubles scolaires, plutôt qu'à un trouble développemental dans l'enfant. C'est pour cette raison qu'il est pertinent de faire une distinction entre TDAH neurologique et TDAH scolaire.

La perspective sociologique adoptée dans la présente recherche se justifie par le choix de considérer le TDAH comme la résultante partielle d'une construction sociale. Il s'agit d'un « point de vue selon lequel les difficultés ou les handicaps déclarés chez certains élèves sont, dans leur développement, leur manifestation et leur désignation, le fruit d'une construction en contexte, certes culturelle et sociale, mais aussi familiale et scolaire » (Lavoie, Thomazet, Feuilladiéu, Pelgrims et Ebersold, 2013, p. 93). À l'inverse, la perspective neurobiologique, socialement plus légitime, ne tient pas suffisamment compte du contexte social dans lequel évolue l'individu pour expliquer les problèmes de santé

mentale (Brault, 2011). Pourtant, la sociologie a maintes fois illustré comment les caractéristiques des sociétés contemporaines, mais aussi de ses sous-groupes culturels, « influencent nécessairement, et à des degrés divers, les comportements, les actions, les pensées, bref, la vie des individus qui la composent » (Brault, 2011, p. 132).

Tel que présenté jusqu'ici dans ce mémoire, il y aurait des problèmes de surdiagnostics et de surprescription de médication psychostimulante au Québec et ailleurs en Occident. Le point de vue sociologique peut aider à appréhender la complexité de la situation, notamment en mettant en évidence les mécanismes sociaux qui sont aux fondements de ces problèmes. Dans la prochaine section, les grandes lignes d'une approche sociologique à l'égard du TDAH seront établies pour en montrer l'intérêt. L'apport principal d'une telle lecture sociologique permet une prise de distance d'une lecture purement neurologique du TDAH afin de proposer une nouvelle compréhension en considérant ce même « *label social* » comme une déviance aux normes sociales et scolaires. Il est aussi question du problème éthique que peut sous-tendre la solution pharmacologique dans un contexte de marché où toutes les compagnies capitalistes sont d'abord motivées par le profit. La section se termine sur l'identification d'un manque de connaissances sociologiques sur l'objet, concernant l'impact des professionnels de l'éducation dans le processus diagnostique d'un TDAH.

1.3.1 Des apports sociologiques aux connaissances sur le TDAH

Les apports de la sociologie, dans la construction des connaissances scientifiques à l'égard du TDAH, contribuent à identifier et à éclairer les processus sociaux qui sont, partiellement, aux fondements du TDAH comme problématique individuelle et sociale. Par processus sociaux, j'entends ici :

- les environnements et les conditions sociales dans lesquelles le TDAH se manifeste ;
- les idéaux sociaux, les normes et les valeurs aux fondements du phénomène ;
- les procédés de création de connaissances sur le phénomène ;
- les objectifs, les intérêts, les pouvoirs et les interactions des différents groupes d'individus et des différents acteurs ayant une influence sur les définitions et interprétations sociales du TDAH ;

- les pratiques de prise en charge du phénomène et, en particulier, les rôles joués par les différentes institutions et acteurs impliqués dans le processus diagnostique et dans le processus de traitement ;
- les interprétations sociales du phénomène et les procédés de transmissions ou de diffusions sociales de ces interprétations.

L'interprétation sociologique du TDAH, remet également en cause la « lecture dominante » sur trois plans principaux, ceux :

- de la définition purement biomédicale d'un phénomène qui est aussi social ;
- de la banalisation et de la surutilisation des traitements pharmacologiques ;
- de certains types de processus diagnostique trop subjectifs et trop peu rigoureux.

La sociologie permet donc d'identifier les aspects du TDAH qui sont le résultat d'une construction sociale complexe et qui ont permis l'émergence d'une interprétation des difficultés scolaires ou comportementales comme appartenant à un type de maladie, ainsi que des pratiques pour traiter cette maladie. Cette discipline peut mettre en lumière les facteurs externes à l'individu, qui agissent sur lui et qui mènent à l'étiquette qu'il reçoit, entre autres pour nuancer les interprétations trop rapides et/ou erronées de difficultés d'intégration sociale d'un enfant par des problèmes qui se trouveraient à l'intérieur de celui-ci (ex. : problème neurologique nécessitant une médication).

La perspective sociologique va encore plus loin, alors qu'elle suggère « une étiologie sociale du trouble qui se distingue de l'étiologie médicale ou psychologique (Conrad, 2006), en portant un regard unique sur les conditions sociales et contextuelles qui ont permis l'émergence du concept d'hyperkinésie (Rafalovich, 2001 ; Singh, 2002) » (Brault, 2011, p. 10). En d'autres termes, la création d'une théorie neurologique d'un trouble s'est faite à travers une subjectivité liée aux normes sociales et scolaires. Cependant, je répète que ce mémoire ne vise pas à invalider complètement l'existence d'un trouble neurodéveloppemental, mais cherche à identifier des conditions sociales et contextuelles qui favorisent l'augmentation significative de sa prévalence au cours des dernières années, ainsi que sa présence prépondérante dans l'École québécoise.

1.3.2 Le TDAH : aussi une « maladie » subjective de déviance à la norme

Dans tous les processus sociaux tout juste présentés, la norme (cf. section 1.1.2.1) est certainement un concept central lorsqu'on aborde la construction sociale du TDAH. Revenons à la classification du TDAH dans le DSM-V qui renvoie ce trouble à un « désordre mental ». La définition d'un « désordre » précise qu'un comportement déviant socialement, ou un comportement qui crée un conflit entre l'individu et la société ne sont pas garants d'une maladie mentale par défaut (American Psychiatric Association, 2013a). Une maladie mentale implique bel et bien la présence d'un dysfonctionnement psychologique, biologique ou développemental chez l'individu. (Ibid). Pour le domaine médical, le TDAH ne serait donc pas une conséquence de l'écart à la norme, mais à l'inverse ; il serait à l'origine d'un comportement déviant à la norme par conséquent d'un dysfonctionnement neurodéveloppemental. Le problème, entre cette appartenance théorique du TDAH et le TDAH empirique, réside dans son dépistage et son évaluation diagnostique, qui se font à travers des évaluations reposant sur l'interprétation, par divers acteurs, des manifestations associées aux symptômes. Il s'agit donc trop souvent d'évaluations fondées sur des représentations sociales normatives et sur des comparaisons subjectives normatives entre les jeunes, c'est-à-dire fondées sur les normes sociales (Rafalovich, 2005 ; Collin, 2005 ; Collin et coll., 2005 ; Quesnel, 2008 ; Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009 ; Elder, 2010 ; Robitaille, 2016).

1.3.2.1 *Le TDAH et les normes*

Le concept de normes sociales peut donc aider à mettre en lumière le processus de construction d'un phénomène social, qui doit être à la fois socialement et historiquement situé. Ces mêmes normes sociales :

- elles changent selon les époques et selon les sociétés (autant macro que micro).
- elles sont le produit d'interactions entre divers groupes de pouvoir d'une société.
- elles impliquent un choix de les appliquer, ou non, par des acteurs responsables, ou s'octroyant eux-mêmes la responsabilité, de les faire respecter.

En ce sens, pour revenir aux normes de santé mentale, ces aspects flous et mouvants de la norme sociale engendrent une variabilité dans la prévalence de certains troubles psychiatrique (Brault, 2011), tels que le TDAH :

Ce qui est interprété « normal », ou à l'inverse pathologique, change selon les périodes historiques et selon les valeurs préconisées à un moment précis de l'histoire (Otero, 2005). Ainsi, toutes les transformations sociales peuvent avoir un impact sur ce que l'on définit comme la norme et par conséquent influencer l'attribution d'un diagnostic de trouble mental. Par conséquent, la présence d'un diagnostic psychiatrique reflète l'interprétation sociale et médicale que l'on fait des comportements ou des émotions jugés problématiques et symptomatiques (Conrad et Schneider, 1992). Il s'agit donc d'un indicateur de la médicalisation. (Brault, 2011, p. 125)

En ce sens, l'interprétation sociale de comportements est un vecteur d'influence dans le diagnostic et le traitement médical d'un problème, et les transformations sociales ont un impact sur les normes en vigueur. Par exemple, au Québec, le comportement d'un individu sera interprété différemment aujourd'hui qu'il ne l'était il y a plus de 10 ans. Cette même interprétation variera également d'une société à une autre. De plus, d'un point de vue micro-sociologique, le comportement d'un enfant peut aussi être interprété différemment en fonction de l'école qu'il fréquente et des individus qu'il côtoie. Ceci pourrait expliquer, en partie du moins, la hausse des taux diagnostics et de la consommation de médication psychostimulante. Ces mêmes normes sociales peuvent aussi légitimer et encourager l'utilisation du TDAH comme fondement à l'interprétation de comportements. Pour ce qui est du TDAH, l'important ici est de comprendre comment de nouvelles normes influencent les pratiques d'individus :

le fait que le traitement pharmacologique soit privilégié par les parents et les enseignants au détriment de traitements psychologiques est un indicateur de ces nouvelles normes : la prise de médication par les enfants renforce leur responsabilité individuelle ainsi que leur autonomie (Brault, 2011, p. 340)

Ainsi, selon cette idée, un individu qui souffre d'un mal (ou son entourage dans le cas d'un enfant) recherchera souvent de l'aide. L'aide vers laquelle il se dirigera sera également influencée par les normes sociales prévalant dans le contexte social et historique dans lequel il se situe.

1.3.2.1.1 Le TDAH comme une étiquette de la déviance

Une perspective sociologique intéressante pour comprendre le TDAH est celle de la sociologie interactionniste de la déviance (Becker, 1963). Celle-ci aborde la déviance depuis l'interaction entre la société et l'individu, alors qu'une action n'est pas déviance en soi, mais que la déviance de l'action est le produit de l'application d'une norme sur cette action. Cette approche sociologique s'intéresse notamment à comprendre comment des

groupes sociaux contribuent à produire des normes et/ou à faire respecter ces normes, notamment par la stigmatisation de ceux qui ne la respectent pas comme *outsiders* (déviant). Par exemple, dans le cas du TDAH, l'institution scolaire se voit de plus en plus attribuer le rôle social de dépister des troubles de santé mentale (Brault, 2011), un rôle qui répond à des normes sociales spécifiques. En ce sens, certains chercheurs posent l'hypothèse d'environnements scolaires et même d'une société entière qui seraient devenus « moins tolérants envers les comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité des enfants » (Brault, 2011, p. 120).

Dans cette même perspective sociologique, les enfants diagnostiqués avec un TDAH sont, d'une certaine manière, considérés comme « déviants » ; ils « dérogent des normes comportementales établies par un groupe influent ou un système donné » (Brault, 2011, p. 10). Ceci serait particulièrement probant à l'école où la « forme scolaire » (Vincent, 1980) impose un ensemble de règles auxquelles certains élèves peinent ou résistent à se conformer. Ainsi, certains auteurs affirment que le TDAH pourrait être interprété comme un manquement à la norme de la performance des sociétés occidentales contemporaines, c'est-à-dire qu'il serait une construction sociale dans un contexte de « culture de performance », qui « met de l'avant la valorisation de l'individualisme et de l'autonomie, ce qui oblige les individus à être responsables de leur vie, mais surtout de leur réussite (Ehrenberg, 1991 ; Ehrenberg, 1998) » (Brault, 2011, p. 11). En outre, les pratiques de l'institution scolaire peuvent être en porte-à-faux de son discours inclusif ; un système scolaire se disant inclusif, mais qui n'aurait pas les ressources nécessaires pour adapter l'école à tous les types de jeunes, impose aux jeunes de s'adapter à l'école telle qu'elle est ou telle qu'elle a les moyens d'être.

Ainsi, l'école serait en fait une institution sociale très normative, à l'intérieur de laquelle des comportements déviants (inattention, hyperactivité, troubles relationnels, manque d'autonomie) sont de plus en plus associés à des maladies individuelles (le TDAH par exemple). Ces comportements déviants deviendraient rapidement associés aux symptômes d'une maladie neurologique ; un problème individuel et non social, devant être traité par la médication psychostimulante qui, à son tour, assurerait la conformité à la norme.

Ainsi, le TDAH empirique traduirait la réalité de plus en plus de jeunes qui ne cadrent plus dans la norme sociale de performance et de la norme scolaire, dont les difficultés sont comprises à travers le prisme d'une explication médicale et pharmacologique, et pour qui le grand manque de ressources scolaires compromet la remédiation de leurs difficultés. Ainsi, l'explication du problème trouverait son origine à l'intérieur d'êtres déviants, auxquels on attribuerait la responsabilité individuelle de leur problème.

En résumé, les concepts sociologiques de normes et de déviance permettent de réinterpréter la « maladie du TDAH » comme un processus socialement construit. Cette lecture sociologique permet également de s'intéresser à l'importance des institutions et des acteurs participant à la définition du trouble (macrosociale) et à son diagnostic (microsociale), notamment en identifiant les représentations sociales normatives qui sont aux fondements de leurs actions. C'est donc principalement sur le plan des représentations sociales normatives que les éclairages d'une perspective sociologique se révèlent intéressants.

1.3.2.1.2 La construction sociale normative de la réussite et de la difficulté

Morandi apporte une compréhension sociologique à cet égard, lorsqu'il avance que tous les élèves « ont des » difficultés, sans forcément « être en » difficulté (Morandi, 2006, p. 62). Comme il l'explique, la différence entre « avoir des » difficultés et « être en » difficulté découle de la représentation même de la conception d'une échelle de difficulté. Selon cette perspective, l'évaluation du TDAH découle donc d'une représentation sociale de l'atteinte des normes scolaires et sociales. Cette représentation idéale de la difficulté, en comparaison directe avec celle de la réussite, est influencée notamment par la vision sociale du jeune idéal et du monde scolaire idéal, ainsi que par les conditions d'enseignement et les ressources mises à la disposition de l'apprentissage. Cette représentation idéale de la difficulté scolaire peut résulter en une sorte de « transfert de catégorie » des enfants qui « ont des » difficultés vers l'étiquette scolaire d'enfants qui « sont en » difficulté. Comment alors peut-on affirmer avec certitude que la déviance à la norme soit originaire d'un trouble de développement ou d'un dysfonctionnement neurologique, plutôt que d'une variation dans nos représentations sociales normatives ? Ce questionnement est d'autant plus pertinent, rappelons-le, en raison des limites identifiées précédemment sur la perspective médicale du trouble.

1.3.3 Le but premier d'une institution privée dans un système capitaliste

Toujours d'un point de vue sociologique et critique, l'influence dominante des grandes compagnies pharmaceutiques, mues par les lois du marché et motivées par le profit, est aussi étroitement associée à la médicalisation du TDAH et à son traitement pharmacologique. Il semble donc pertinent de tracer un portrait critique, d'inspiration marxiste, de la nature privée et capitaliste de l'industrie pour mieux comprendre son rôle majeur dans le traitement du TDAH.

Depuis la fin du 18^e siècle, alors que la bourgeoisie s'empare du pouvoir politique en France et en Angleterre, la connaissance scientifique tombe sous la gouverne de la bourgeoisie, alors que cette prise du pouvoir politique « sonne le glas de l'économie bourgeoise scientifique » (Marx, 1867 [1968], p. 554). Dès lors, « il ne s'agit plus de savoir si tel ou tel théorème est vrai, mais s'il est bien ou mal sonnante, agréable ou non à la police, utile ou nuisible au capital » (Ibid). En effet, comme n'importe quel groupe qui prône une idéologie, la classe bourgeoise tente d'imprégner les sphères d'organisation de la société pour protéger et préserver leur position (Bissel, Morgall Traulsen et Stig Haugbolle, 2002). Marx avait d'ailleurs comme objectif de mettre en lumière les institutions du capitalisme qui agissaient dans le but de contrôler et de maintenir l'ordre de la population. Dans cette liste d'institutions qui aident à perpétuer l'idéologie de la classe dominante, il y a bien entendu le système de santé (Ibid). Cette même idéologie est instillée, c'est-à-dire introduite petit à petit dans les croyances des individus et devient graduellement les bases sur lesquelles les individus fondent leurs actions (Ibid). Dit autrement, l'idéologie du groupe dominant deviennent la norme.

En fait, alors qu'ils croient agir de manière tout à fait libre, les actions des individus vont souvent dans le sens des intérêts de la classe dominante et cadrent avec les besoins du système capitaliste pour qu'il survive ou même qu'il prospère (Ibid). Les actions individuelles deviennent conformes à la demande sociale et économique du système capitaliste comme superstructure. C'est précisément à travers les institutions, telles que celle de la santé, que les idées de la classe dominante se propagent à l'intérieur des consciences (Ibid). Il ne suffit qu'à penser au cas des réformes de santé publique à partir de 1848 en Angleterre, qui avait comme but principal s'assurer d'une main-d'œuvre plus disponible et plus productive (Ibid). Ou bien, pensons encore à la stigmatisation faite

envers personnes âgées, les personnes malades ou les personnes en situation de handicap; une stigmatisation essentiellement fondée sur une conception productive et performante de l'individu comme ressource. L'institution de la santé se voit ainsi attribuer le rôle « moral » de définition de la normalité et de distinction de la déviance, tout en soutenant, de manière consciente ou inconsciente, la mise en place d'une population de travailleurs et plus tard, de consommateurs productifs et dociles, pour répondre aux impératifs du mode de production capitalisme (Ibid). Dans un tel contexte, toutes conditions physiques qui ne répondent pas aux diktats de productivité et de performance de l'individu deviennent des stigmates. La médecine et la pharmacie s'arrogent la responsabilité de définir et de traiter ces « problèmes », pour rétablir le « marginal » et ainsi, rendre son « identité » et sa « capacité » à l'individu productif. On rétablit donc un problème engendré par le capitalisme, en engendrant un énorme capital au profit des compagnies pharmaceutiques.

Si je fais une transposition historique et métaphorique de cette analyse marxiste, c'est non seulement pour suggérer que la médication psychostimulante vise l'idéal d'un bassin d'enfants productifs et conformes, mais aussi qu'elle renvoie la responsabilité du non-respect des normes à l'individu lui-même inapte, plutôt qu'à des contraintes objectives imposées par un fonctionnement social défaillant. Ainsi, « de tels médicaments ne sont qu'un moyen de convaincre les malades et les fatigués de la société, que ce sont eux qui sont malades, impuissants et qui ont besoin de réparations techniques » (traduction libre, Ibid, p. 131). Par la légitimité et la notoriété dont jouit le domaine de la santé en Occident, notamment grâce aux avancées médicales du 19^e et du 20^e siècle, ainsi que par la méconnaissance de la population envers les connaissances médicales, les individus sont dans une relation de dépendance et de vulnérabilité presque complète face au pouvoir médical et à son monopole de la connaissance du corps (Ibid).

Le statut, l'autonomie et la puissance économique des corporations médicales ou pharmaceutiques en ont fait des acteurs économiques et politiques dont le pouvoir d'influence est considérable, comme en témoigne cet exemple américain :

L'industrie pharmaceutique - un terme large qui comprend les fabricants de médicaments de marque, génériques et biotechnologiques, certains fabricants d'appareils biomédicaux, les responsables et distributeurs de médicaments, et les groupes de défense des droits connexes - s'est organisée en un des groupes de lobbying les plus importants et les plus puissants, tentant d'influencer les décisions politiques aux niveaux fédéral et national. En 2003, l'industrie du médicament a dépensé 108,6 millions de dollars en activités de lobbying auprès du gouvernement fédéral et a engagé 824 lobbyistes individuels (Traduction libre, Jasso-Aguilar et Waitzkin, 2011, p. 250)

Voilà qui indique la recherche d'un pouvoir politique de la part des institutions pharmaceutiques. Il s'agit littéralement d'une coopération entre les « représentants du peuple » (la politique) et les propriétaires bourgeois « travaillant pour notre santé » (les pharmaceutiques), alors qu'il y a même de très fortes contributions aux partis politiques, aux États-Unis, de la part des corporations pharmaceutiques.

1.3.4 La perspective sociologique de cette recherche

Le TDAH peut donc être analysé comme un processus de construction sociale qui soulève des questionnements éthiques en raison de son association rapprochée avec une possible surprescription et la médication psychostimulante, au Québec à tout le moins. De fait, cette association est problématique, principalement en raison des effets secondaires ayant des impacts négatifs sur la vie de jeunes, sachant que les connaissances aux égards des possibles conséquences sur la santé de la prise d'une telle médication sont encore partielles. Les statistiques présentées sont d'ailleurs préoccupantes, notamment l'augmentation de la prévalence du trouble de la prescription, qui serait plus importante et plus rapide au Québec qu'ailleurs au Canada, ainsi que des possibles biais sociaux dans ces tendances statistiques, tels que l'effet de genre et l'effet d'âge.

Pour l'ensemble de ces raisons, j'ai d'appréhendé le sujet sous un angle sociologique qui conduit notamment à interroger le processus diagnostique chez un enfant d'ordre primaire, notamment en ce qui concerne la place qu'occupent les constructions sociales normatives et la subjectivité normative dans celui-ci. Ainsi, le repérage et l'évaluation diagnostique sont des pratiques conduites en liens très étroits avec les normes sociales et avec la comparaison entre les pairs. De plus, la prévalence statistique du trouble tend à augmenter considérablement avec les années, alors qu'on peut douter qu'il s'agisse simplement d'une conséquence de meilleures méthodes de dépistages disponibles. Ceci suggère l'hypothèse d'un changement dans les normes sociales à cet égard ou d'un changement dans

l'acceptation sociale de la légitimité du trouble. En outre, le TDAH peut être interprété comme une attribution et une application de normes sociales pour répondre à des problématiques partiellement situées socialement : les difficultés scolaires. La pratique diagnostique et la pratique de traitement étant aussi, à certains degrés, des pratiques de stigmatisation ou de catégorisation servant la normalisation des jeunes considérés comme malades, et donc déviants. Enfin, parce que le traitement par médication psychostimulante vise la modification d'un comportement vers le respect d'une norme comportementale, la médication peut être analysée comme un mécanisme de socialisation, ou plutôt de biosocialisation, et donc de contrôle visant l'atteinte des normes sociales.

Ainsi, pour mieux comprendre les constructions sociales normatives et les interprétations qu'implique le processus diagnostique TDAH chez les enfants d'ordre primaire, je vais brièvement présenter les différents types de processus, les étapes qu'ils comportent, ainsi que les institutions et les acteurs présents au cours de ceux-ci.

1.4 Les professionnels de l'éducation d'ordre primaire : acteurs importants dans le processus diagnostique du TDAH

Plusieurs recherches ont déjà relevé que l'identification du TDAH et la suggestion du traitement par médication psychostimulante sont souvent des solutions proposées par les éducateurs (Brault, 2011). Ces « rôles » de dépistage et de conseils thérapeutiques que prennent ces professionnels s'expliqueraient historiquement, selon Cohen (1983), jusqu'au courant idéologique de la psychiatrie américaine au début du 20^e siècle. Ce courant voulait intervenir sur les graves problèmes de santé mentale qui affligeait la population. Les tenants de cette idéologie voyaient dans l'école un moyen de prévenir précocement les problèmes de santé mentale des individus. Pour que l'école devienne un tel terrain de prévention, ce même courant de pensée n'a pas tenté une réforme organisationnelle de l'école, mais a plutôt influencé les connaissances des professionnels scolaires par des formations et des programmes de préventions. Ceci aurait eu comme premier impact d'attribuer informellement à l'école le rôle de former la personnalité des enfants, mais aussi, comme deuxième impact, de changer les interprétations des professionnels de l'éducation face aux difficultés des enfants, c'est-à-dire d'introduire en eux l'interprétation de ces difficultés comme résultantes de problèmes de santé mentale :

ce que j'appelle la « médicalisation⁵⁹ » de l'éducation américaine. J'entends par cette métaphore l'infiltration de normes, de concepts et de catégories de discours psychiatriques - le "point de vue de l'hygiène mentale" - dans pratiquement tous les aspects de l'éducation américaine au cours de ce siècle, illustrant parfaitement l'idée que l'école est responsable du développement de la personnalité des enfants. [...] l'école est l'agence stratégique pour prévenir ou détecter et « régler » les problèmes de développement de la personnalité des enfants ; enfin, le développement de la personnalité des enfants doit primer tout autre objectif éducatif (Traduction libre, Cohen, 1983, p. 124)

C'est en modifiant les interprétations des comportements (cf. section 1.4.1), en modifiant les normes et les attentes envers les jeunes, et donc en imposant leurs concepts psychiatriques comme valides et légitimes, que l'école en serait arrivée à s'attribuer un rôle non prescrit : celui de dépister la maladie mentale. Parallèlement, à partir du moment qu'elle a fait appel à des professions médicales ou très influencées par le paradigme médical, l'école serait devenue une « mini-clinique médicale » (Brault, 2011). Des infirmières, des psychologues et autres spécialistes de la santé, collaboraient maintenant directement avec les éducateurs et influençaient ainsi les connaissances de ces derniers : « En plus de soutenir le paradigme médical, cette pratique aurait renforcé le rôle de l'école et celui des éducateurs dans l'identification et la médicalisation des comportements déviants » (Brault, 2011, p. 39).

Si l'explication sociohistorique de Cohen concerne le début du 20^e siècle, la situation peut rappeler le cas du TDAH et de la médication psychostimulante comme traitement, au Québec il y a plus de 30 ans, période à laquelle les institutions médicales et pharmaceutiques ont dû convaincre l'opinion publique et le monde scolaire (par des formations par exemple) d'accepter de donner un médicament à des enfants. Cette rhétorique a légitimé scientifiquement le trouble TDAH comme une maladie neurodéveloppementale, puis favorisé l'utilisation de cette étiquette dans le milieu scolaire, et, enfin, légitimé scientifiquement le traitement pharmacologique. En effet, dans les années 1990 et le début des années 2000, un code de difficulté était nécessaire pour débloquer un budget et qu'un enfant reçoive des services d'aide. Comme le TDAH était un trouble flou et peu défini, il s'agissait du code le plus pertinent, ou le moins erroné, pour décrire des jeunes ayant simplement des difficultés. Ce code est ainsi devenu de plus en

⁵⁹ Cf. section 2.2.3.

plus utilisé dans les 30 dernières années par les éducateurs. Cohen insiste sur le rôle central du langage comme agent critique de transformation des connaissances :

Peu à peu, à travers la fourniture d'un cadre intellectuel de conceptions, d'une orientation, d'un vocabulaire, d'une nomenclature et d'un langage, de certaines idées hygiénistes, de la manière hygiéniste de regarder les choses, du langage hygiéniste du discours, filtré dans la conscience de publics ; leur façon de comprendre la « réalité » a été changée. (Traduction libre, Cohen, 1983, p. 135)

La répétition de l'utilisation d'un terme peut contribuer à la socialisation professionnelle et pourrait avoir eu un impact sur la légitimation du TDAH comme trouble, pour les éducateurs, qui l'auraient intégré dans leur manière de comprendre la « réalité » des enfants avec des difficultés. Il faut préciser ici que Cohen n'avance en rien une hypothèse de complot ou de manipulation par une discipline médicale ou scientifique, c'est-à-dire que le courant idéologique psychiatrique avait une réelle foi en sa science. Cependant, il reste que ce courant idéologique doit être compris comme une idéologie à fonction sociale et que leurs motivations étaient d'avoir un impact positif sur la déviance (maladie mentale), qui était un véritable problème social au début du 20^e siècle (Cohen, 1983). L'important ici est de comprendre que des courants idéologiques, souvent fondés sur des préceptes scientifiques et sur de bonnes intentions, vont modifier les normes d'une institution comme l'école, mais aussi les compréhensions de la réalité et les connaissances des acteurs, et par conséquent, leurs pratiques.

Dans le cas spécifique de l'École québécoise, les recherches indiquent non seulement que ces éducateurs s'attribueraient bel et bien ce « rôle » non officiel de dépister la maladie mentale, mais que celui-ci aurait changé, parallèlement aux changements du système de santé (Brault, 2011). En outre, la montée de l'individualité contemporaine, c'est-à-dire la responsabilisation et l'autonomisation de l'individu contemporain dans la gestion de sa situation sociale, aurait nettement augmenté la responsabilité de l'acteur à chercher le traitement spécifique à sa propre condition :

Certains sociologues, notamment Michel Foucault (Foucault, Ewald et coll., 1999) et Robert Castel (Castel, 1981), suggèrent que nous sommes passés d'un modèle dominant de la prise en charge complète du patient, à un modèle plutôt administratif, dans lequel la « vocation thérapeutique » (Castel, 1981 : 127) du médecin aurait faibli. Le nouveau rôle du médecin serait plutôt de légitimer, grâce à son savoir psychiatrique, le diagnostic et le traitement médical suggérés par une instance non médicale, notamment l'école. (Brault, 2011, p. 39)

Ces changements dans la prise en charge des problèmes de santé auraient donc, dans le cas du TDAH, transféré à l'école et à la profession scolaire une grande partie de la responsabilité de diagnostiquer et de traiter le problème. Certains auteurs soutiennent d'ailleurs que les éducateurs, principalement les enseignants, auraient plus qu'un « rôle » de détection (dépistage), alors qu'ils auraient une autorité, c'est-à-dire un certain pouvoir d'évaluation, et que certains se permettraient parfois de conseiller aux parents une consultation médicale ou même d'envisager la médication psychostimulante, afin de pallier les problèmes d'apprentissage de l'enfant (Doré et Cohen, 1997 ; Honorez, 2006). Ces constatations suscitent de nombreuses questions : à quel point le modèle médical est-il omniprésent dans le monde scolaire, c'est-à-dire dans les interprétations, les modes de connaissances, les discours, les relations, l'étiquetage, les pratiques, ou les évaluations ? Est-ce que des éducateurs vont plus loin que proposer une rencontre médicale et se rendent fréquemment jusqu'à poser un « diagnostic » précis qu'ils suggèrent aux parents ? Proposent-ils ou suggèrent-ils fréquemment aux parents de donner une médication à leur enfant ? Est-ce que des écoles exigent fréquemment du médecin une prescription ? L'évaluation médicale est-elle fréquemment considérée comme sommaire et très subjective, et à quel point les professionnels de l'éducation y participent-ils ? Leurs recommandations ou leurs interprétations changeraient-elles en ayant plus de support humain dans l'encadrement de ces jeunes ?

Plusieurs éléments de réponse à ces questions se dégagent d'un état des connaissances à l'égard de la relation entre TDAH et éducateurs, d'abord à travers les travaux de Morel (2014), qui brosse le portrait français, puis dans des recherches concernant spécifiquement le Québec. Chose certaine, selon les informations tirées des recherches québécoises et d'ailleurs, il existe bel et bien une forte collaboration entre le milieu de l'éducation et le milieu de la santé, dans le processus diagnostique du TDAH (Andrews et Mahoney, 2012 ; Bougeard, 2012 ; Cohen et coll., 1999 ; Conseil supérieur de l'éducation, 2017 ; Doré et Cohen, 1997 ; Elder, 2010 ; Lavoie, Thomazet, Feuilladiou, Massé, Couture et Anciaux, 2010 ; Morel, 2014 ; Papazian-Zohrabian, Rousseau, Roy, Arauz et Laurin-Lamothe, 2015 ; Pelgrims et Ebersold, 2013 ; Prosser et Reid, 2013 ; Quesnel, 2008).

1.4.1 La culture scolaire à travers le concept de schème interprétatif

Comme les éducateurs participent fortement dans le processus diagnostique, notamment par l'importance de leurs rapports à l'élève, Prosser et Reid (2013) s'interrogent sur la compétence d'enseignants à faire ces dépistages et à rédiger ces rapports médicaux, ensuite sur le manque de limites claires et efficaces concernant le rôle de l'enseignant dans le processus diagnostique. Pour ce qui est de ce mémoire, ce ne sont pas les compétences qui sont questionnées, mais plutôt les fondements idéologiques des interprétations faites de la part du personnel scolaire, celles-ci pouvant être acquises de différentes manières telles qu'elles le seront présentées plus loin.

Dans son ouvrage intitulé *La médicalisation de l'échec scolaire*, Morel (2012) aborde cette question sous l'angle des schèmes interprétatifs en cherchant à identifier ce qui sert de cadres de références / de registre d'interprétation aux enseignants lorsqu'ils interprètent une situation (de la comprendre / de la définir), un peu comme la lunette disciplinaire⁶⁰ à travers ils vont regarder une situation. Morel (2012), qui a étudié une sous-culture enseignante à l'égard de l'échec scolaire en France, identifie deux types de schèmes interprétatifs dominants chez les enseignants français : les interprétations sociologiques et les interprétations médico-psychologiques (divisées en deux grands sous-types : psychanalytique et neurologique). Les enseignants français auraient intériorisé des savoirs sociologiques sur les difficultés scolaires, comme les notions de capital culturel ou de classes sociales. Lors de ces entretiens, Morel a surtout identifié la manifestation de ce schème interprétatif lorsque les enseignants s'exprimaient sur la situation de l'échec scolaire en général. Cependant, lorsqu'il les questionne sur des cas précis d'enfants présentant des difficultés scolaires, il remarque que c'est le schème interprétatif issu de la psychologie psychanalytique qui est utilisé. Son analyse conclut que le schème sociologique permet une compréhension globale de la situation, mais qu'elle ne débouche sur aucune solution individuelle et immédiate ; contrairement au schème psychologique qui aurait l'avantage de donner l'impression de pouvoir intervenir directement sur le problème de l'enfant (Morel, 2014). En d'autres mots, si le registre sociologique ne permettait de ne comprendre que, globalement, la situation sociale, les interprétations

⁶⁰ En référence aux diverses disciplines universitaires et aux différences dans la manière d'aborder les phénomènes.

médico-psychologiques permettraient « un registre de compréhension et d'action » (Morel, 2014, p. 92) directe sur la situation empirique. Il fait préciser que la recherche de Morel s'est conduite en France et que la situation française, dans le cas du TDAH (sur le plan du diagnostic et de son traitement), est très différente de celle en Amérique du Nord (Cohen et Collin, 1997 ; Honorez, 1997 ; Quesnel, 2008 ; Morel, 2014). En ce sens, il faut noter qu'il fait référence à une psychologie psychanalytique – plutôt que neurodéveloppementale, organiciste ou innéiste.

1.4.1.1 *La construction et l'appropriation des schèmes interprétatifs des éducateurs*

D'un point de vue sociologique, l'intérêt ne réside pas seulement dans l'identification des schèmes interprétatifs des éducateurs, mais aussi dans la manière dont ils ont été socialement construits et ont migré jusqu' à l'école. L'objectif devient ainsi de comprendre comment s'est opérée la médicalisation des difficultés scolaires (cf. section 2.2.3).

En premier lieu, Morel (2014) offre une analyse historique pertinente pour mieux cerner le phénomène de la médicalisation en France. Il identifie notamment l'importance de la légitimité scientifique dans les prises de décisions politiques et institutionnelles. S'il y a eu une grande légitimité pour les explications sociales des inégalités scolaires, celles-ci auraient été prises en compte en lien avec le traitement professionnel, psychanalytique ou pédopsychologique, dans un but de traitement individuel de ces inégalités. En aurait résulté la création de professions et de centres spécialisés : « il s'agit de proposer des solutions individuelles à des « cas » problématiques » (Morel, 2014, p. 45). L'émergence de ces professions et de ces centres pour les élèves à problèmes aurait été favorisée par ce qu'on nommait « le secteur de l'« enfance inadaptée », dominé par la neuropsychiatrie enfant-juvénile » (Morel, 2014, p. 46).

D'ailleurs, même en France, au fil des années, il semble y avoir un passage entre une compréhension des difficultés scolaires selon les perspectives sociologiques et psychanalytiques, vers une compréhension de plus en plus influencée par les sciences neurologiques et biomédicales (Morel, 2014), qui serait maintenant le paradigme le plus influent dans le monde occidental. Ajouté au fait que le secteur de l'éducation en Occident a été traversé par des politiques d'inclusion scolaire (offre d'une éducation à tous) et d'équité, ce contexte aurait favorisé, paradoxalement, la place centrale de la vision

médicale du TDAH dans l'institution de l'éducation (Morel, 2014). En réduisant la stigmatisation de l'échec scolaire comme problème d'ordre moral, on aurait paradoxalement augmenté l'étiquetage de celui-ci par la création de services spécialisés et de professions spécialisées. Ceci aurait été suivi de politiques inclusives qui, paradoxalement, auraient « conduit indirectement à une augmentation du recours aux professionnels du soin » (Morel, 2014, p. 62). En ce sens, la volonté d'inclusion des élèves en difficultés pourrait ne pas avoir diminué « l'exclusion » de ceux-ci, mais aurait plutôt modifié l'exclusion. En réduisant l'exclusion physique (retirer des élèves de classes spécialisées), cette inclusion s'est opérée à l'aide de professionnels scolaires formés de connaissances médicales, menant ainsi à des désignations ou à des étiquettes aux élèves en difficultés ; un procédé qui contribue à les exclure d'une certaine normalité. En côtoyant ces professionnels de la santé et en étant exposés à ces diagnostics dans leurs classes, les enseignants auraient intériorisé les termes étiquetant et les auraient associés à des types de comportements ou de difficultés, ce qui aurait renforcé le schème d'interprétation psychologique dans l'évaluation des élèves français (Morel, 2014). Il est donc possible de poser l'hypothèse que, dans le contexte de l'Amérique du Nord, la situation d'acquisition de schème interprétatif aurait été la même, mais plutôt avec le schème interprétatif médico-psychologique.

En deuxième lieu, toujours afin d'interroger la construction des schèmes interprétatifs des éducateurs, il est pertinent d'interroger la provenance des informations servant la construction des savoirs sur les difficultés scolaires. Si on revient au contexte d'inclusion présenté précédemment, le chercheur français observe que la conscience d'enseigner à une classe souhaitée inclusive semble mener les enseignants à être de plus en plus attentifs aux élèves et à leurs difficultés, ainsi qu'à devoir rendre de plus en plus de comptes aux parents et aux directions. Ce qui aurait impliqué un rôle accru dans l'évaluation médicale des élèves, alors que « la multiplication des évaluations et des outils de diagnostic leur a permis d'identifier de manière plus systématique les difficultés de leurs élèves » (Morel, 2014, p. 64). En France, les évaluations et les outils semblent souvent fondés sur un schème interprétatif psychologique : « L'échec dans les apprentissages « premiers » ou « fondamentaux » est en effet largement associé par les enseignants, comme par beaucoup de spécialistes de l'enfance, à une anormalité d'origine (psycho)pathologique » (Morel,

2014, p. 64-65). En outre, Morel observe que plus l'enfant en difficultés est jeune, moins le schème interprétatif utilisé sera celui des facteurs socioculturels et plus sera envisagé l'angle du problème de développement ou du dysfonctionnement cognitif. Il sera intéressant de voir si c'est aussi le cas au Québec. On peut toutefois percevoir ici la légitimité ou même la dominance du domaine médical, considéré comme détenteur du savoir légitime entre normal et pathologique, donc : « considérée comme la discipline la plus avancée dans la compréhension des processus d'apprentissage » (Morel, 2014, p. 66). Finalement, Morel (2014) précise qu'en France, ces schèmes interprétatifs psychologisants font maintenant partie du référentiel de compétences encadrant la formation des enseignants. Il serait donc pertinent de se questionner sur la socialisation professionnelle québécoise et des schèmes interprétatifs qui y sont transmis sur le plan des difficultés scolaires, c'est-à-dire dans leur formation universitaire, dans différentes formations continues, ainsi que dans des procédés d'acquisition de connaissances de manière autodidacte, notamment par internet par exemple.

1.4.1.2 Le passage d'une stigmatisation vers une biomédicalisation

Mais, comment explique-t-on le passage d'une stigmatisation des difficultés scolaires vers un étiquetage de celles-ci que je viens tout juste d'aborder ? Le mémoire de Brice (2009) est une analyse critique de plusieurs travaux, principalement sociologiques, à l'égard du vécu des parents d'enfants « difficiles », qui en viennent à être diagnostiqués TDAH. Malgré le fait que la population étudiée ici est celle des parents, et non celle des éducateurs, il s'agit d'un travail qui vaut la peine d'être présenté, car il peut éclairer l'hypothèse au fondement de cette recherche. En effet, ce mémoire traite notamment de difficultés vécues par des familles stigmatisées à la suite de l'échec scolaire de l'enfant. Ce serait principalement les mères sur lesquelles seraient accolés des stigmates sociaux lorsque leur enfant n'est pas conforme aux normes attendues. Par exemple, Brice fait référence à des auteures féministes ayant « soulevé comment les attentes irréalistes de la société envers les mères seraient le fondement de la persistance du blâme envers les femmes et son intériorisation par celles-ci lorsque leurs enfants vivent des difficultés » (Brice, 2009, p. 95).

Cette stigmatisation, de la part des autres acteurs de l'écologie sociale des parents, serait difficilement vécue jusqu'au moment auquel les difficultés sont prises en charge par le

domaine médical ; la compréhension des comportements de l'enfant changerait en posant un diagnostic sur celui-ci. À partir de ce moment, les parents et le jeune pourraient se déculpabiliser de ces écarts à la norme, par une explication médicale d'un trouble hors de leur contrôle. On passe ainsi de parents incompetents à parents « victimes » d'avoir un enfant malade. C'est pourquoi Brice parle d'un passage d'une stigmatisation vers une biomédicalisation. Pour conceptualiser ce passage, elle utilise notamment le concept de modèle explicatif⁶¹. Par exemple, en s'expliquant l'inattention d'un enfant en se référant au TDAH, la source sociale de ce référent, donc le modèle explicatif, est le domaine (bio)médical et neurologique. Selon les études retenues par Brice (2009), le modèle biomédical semble avoir la faveur des parents, notamment parce qu'il leur permet d'arrêter de se questionner sur ce qu'ils font de « mal » et sur ce qu'ils devraient faire pour remédier à la situation. En ce sens, « la quête de sens semble prendre ainsi la forme d'une recherche des "causes du mal" » (Brice 2009, p. 100), c'est-à-dire qu'il ne suffit plus que de trouver la cause médicale du mal, hors de leur pouvoir, pour être déculpabilisé et se faire offrir une solution. Ce qui permet de rétablir la représentation idéalisée de la parentalité, de réintroduire les parents dans la catégorie de « bons parents ». Ensuite, une fois leur enfant diagnostiqué TDAH, le langage utilisé par les parents incorporerait « peu à peu un répertoire spécialisé pour décrire les maux qui affligent leur enfant », alors qu'ils décriraient de plus en plus ses comportements et ces états à l'aide de terme associés au trouble (Ibid).

Mais qu'en est-il des éducateurs québécois, surtout en considérant qu'eux aussi peuvent être à bout de solution vis-à-vis certains types d'enfants, et/ou qu'eux aussi peuvent être stigmatisés comme « mauvais enseignants » s'ils n'arrivent pas à « gérer » un enfant ? Le diagnostic TDAH leur servirait-il d'une manière semblable à celle des parents désemparés ? Leur quête de sens ressemble-t-elle de plus en plus à une recherche des « causes du mal » ? Et qu'en est-il du langage des éducateurs ? Quels termes utilisent-ils et à quel(s) schème(s) interprétatif(s) se réfèrent-ils ? Si plusieurs mères sont réconfortées d'apprendre par un expert médical que le mauvais comportement de leur enfant n'était pas

⁶¹ Autre terme pour désigner « schème interprétatif »

lié à leur incompétence (Ibid), le trouble agit-il de la même manière déculpabilisante envers les professionnels scolaires et/ou le système d'éducation ?

Par ailleurs, Brice (2009) utilise le concept de modèle explicatif pour expliquer ce passage d'une stigmatisation à la biomédicalisation, ce qui s'apparente étroitement à ce que Morel nomme schème interprétatif (terme que j'utilise dans ce mémoire). Ce passage s'opère donc par la transformation du schème interprétatif des individus impliqués, tels que les parents, l'enfant et ses enseignants (Brice, 2009). Ainsi, le nouveau schème permet de se débarrasser des vieux stigmates culpabilisants (coupable sur le plan de sa moralité) et permet d'appliquer la nouvelle étiquette de malade (victime sur le plan de sa santé). Il faut comprendre que les schèmes interprétatifs sont socialement situés et dépendent principalement des pouvoirs sociaux, par exemple le domaine médical dans la société occidentale moderne ou la religion dans la société occidentale avant la fin du 20^e siècle. D'ailleurs, des schèmes interprétatifs provenant d'idéologies différentes prennent place dans toutes sociétés modernes et peuvent entrer en conflits et/ou cohabiter en se partageant des fractions de la définition de la « réalité ».

Si le domaine médical est très puissant en Occident, il reste que le traitement pharmaceutique peut encore être contesté ou, du moins, créer des malaises. Si c'est encore un peu le cas au Québec, ça l'est surtout en Europe (Brice, 2009 ; Morel, 2014). Par exemple, Brice évoque une étude comparative incluant 34 mères issues du Canada et d'Angleterre, dans laquelle Malacrida (2003) « examine comment le contexte culturel et les discours professionnels influencent la construction de l'expérience d'avoir un enfant ayant un TDAH » (Brice, 2009, p. 109). Comme le diagnostic TDAH était moins populaire chez les enseignants et les médecins d'Angleterre, des mères qui adhèrent au schème interprétatif médical, notamment pour trouver une solution à la situation problématique de leur enfant, ne partageant donc plus le même schème interprétatif que la majorité des autres acteurs de leur écologie sociale. Ainsi, elles pouvaient interpréter « que leurs connaissances et leurs pratiques sont continuellement questionnées et dévaluées par les intervenants des systèmes de santé ou de l'éducation » (Ibid). À l'inverse, au Canada et surtout au Québec, comme le diagnostic TDAH associé à un traitement pharmacologique est largement accepté par les différents professionnels légitimes, certaines mères canadiennes doivent

plutôt résister aux pressions subies par le milieu scolaire pour ne pas donner de médication psychostimulante à leur enfant (Brice, 2009).

Finalement, comme nous le verrons plus en profondeur à la prochaine sous-section, Brice (2009) fait le parallèle entre schème interprétatif et idéaux sociaux, alors que ces derniers sont aux fondements des précédents, dans le sens selon lequel, pour devenir légitimes, ces schèmes doivent répondre aux normes et aux valeurs d'une société. En redéfinissant la situation problématique d'un enfant comme étant un problème neurologique plutôt qu'un problème d'ordre moral, le schème interprétatif médical serait donc en accord avec les attentes et les valeurs collectives :

dans un contexte où la performance des individus est étroitement liée à leur identité et s'accorde avec l'idéal de l'enfant innocent et du parent dévoué – la « bonne mère » – qui a cours dans notre société. Il ne s'agit plus de la « méchanceté » ou la « paresse » (Brice, 2009, p. 129)

C'est d'ailleurs pourquoi Brice (2009) invoque le dilemme de la médication psychostimulante, puisque si les effets positifs sur l'enfant sont des facteurs de déculpabilisation et de soulagement chez les parents, ces effets positifs sont en tension avec les effets indésirables liés au médicament, ce qui placerait souvent les parents dans une position délicate et difficile, voire d'inconfort :

Comme Singh (2004) l'a souligné, le Ritalin représente un moyen concret de sortir de l'impuissance, il légitime la maladie de l'enfant et organise la vie des mères qui tourne maintenant autour du soutien qu'elles doivent offrir pour aider leur fils à performer. Or, le changement de la personnalité, la perte de vitalité et d'appétit constatés chez leur enfant ravivent la culpabilité (Neophytou et Webber, 2005; Singh, 2004) et poussent les mères à rechercher de nouveaux moyens pour gérer les symptômes difficiles. [...] Ainsi, lorsque les bénéfices escomptés ne compensent plus les effets secondaires, le médicament peut être abandonné même si le diagnostic est reçu favorablement. (Brice, 2009, p. 107)

On comprend ici qu'il y a une certaine lutte des schèmes interprétatifs en lien direct avec les bénéfices que ceux-ci permettent respectivement d'atteindre. Ces bénéfices étant directement liés à des idéaux sociaux, il faut comprendre les raisons qui poussent à choisir le type de schème interprétatif médico-psychologique.

1.4.1.3 La potentielle intention derrière l'utilisation du schème interprétatif médico-psychologique

Revenons à Morel (2014) et au concept de schème interprétatif, alors que le chercheur apporte quand même une nuance sur le processus d'acquisition de ceux-ci chez les

enseignants. C'est qu'il ne suffit pas que ces schèmes leur soient présentés pour qu'ils l'acceptent et se l'approprient d'emblée. Dit autrement, la compréhension de leur appropriation de connaissances ne peut être fondée sur la supposition que ces acteurs acceptent sans réfléchir, de manière passive, les définitions ou les orientations de la psychologie, de la médecine ou des neurosciences. Pour être acceptés et appropriés, ces schèmes doivent aussi être en accord avec les normes et valeurs qu'ils partagent, et doivent répondre à un besoin et/ou remplir une fonction: « Pour en comprendre les tenants et les aboutissants, il faut la rapporter aux enjeux spécifiques de leur pratique professionnelle et s'interroger sur les fonctions qu'elle y remplit » (Morel, 2014, p. 78). En effet, tel que vu plus tôt avec Doré et Cohen (1997), les chercheurs observent que les enseignants en reviennent aux difficultés de leurs tâches et au manque de ressources à leur disponibilité. En ce sens, même si certains souhaiteraient trouver d'autres solutions, opter pour la médication peut devenir la seule option fonctionnelle disponible. Un lien peut être fait ici avec l'observation de Morel (2014), lorsqu'il avance que les enseignants français interviewés se servent majoritairement du schème interprétatif sociologique pour expliquer le TDAH d'une manière générale, alors qu'ils basculent ensuite vers un schème interprétatif psychologique ou médical lorsqu'ils abordent des cas précis de TDAH. Son analyse de ce basculement entre deux types d'interprétations était à l'effet, rappelons-le, que le schème interprétatif psychologique ou médical, à l'instar du schème sociologique, permettait aux enseignants d'avoir l'impression de pouvoir agir directement sur la problématique du jeune en question. Cette nuance mène à d'autres questions : Est-ce que l'acceptation du schème interprétatif médical vient en réponse à un manque de ressources ? Avec plus de ressources, est-ce que les acteurs mobiliseraient d'autres schèmes interprétatifs ? Ce que l'on doit retenir ici, c'est que l'utilisation du schème interprétatif médical soit une conséquence d'une intention à remplir des fonctions, formelles ou informelles, qu'ont ou que pensent avoir les enseignants. Des fonctions qui font partie notamment des missions d'éduquer, de qualifier et de socialiser.

1.4.1.3.1 Les fonctions d'éduquer, de qualifier et de socialiser

Tout d'abord, l'importance que les éducateurs accordent à leur mission d'éduquer et de qualifier semble étroitement liée à la construction sociale de l'échec scolaire comme étant un problème majeur : « L'échec scolaire est un « problème » dont les manifestations et les

répercussions semblent connues de tous et qui s'impose aujourd'hui comme une évidence » (Morel, 2014, p. 34). En effet, depuis les années 1950, de nombreuses études informent de la place centrale de l'école dans les processus de reproduction des inégalités sociales (Morel, 2014). Si les premières politiques pour contrer ces processus se sont concentrées sur l'inégalité d'accès à l'école (accès physique), des recherches, telles que celles de Bourdieu (1964 et 1970), ont rapidement fait comprendre que l'égalité d'accès était loin de tout régler et qu'il fallait aussi compenser les inégalités de chances de réussites (Morel, 2014). L'important ici est de comprendre l'importance sociale de la réussite scolaire, considérée comme un facteur déterminant dans la croisée entre réussite sociale et fardeaux sociaux : « C'est en prenant en considération le rôle d'étalon des classements sociaux assigné à l'école que l'on peut comprendre les modalités subjectives d'appréhension du problème de l'échec scolaire » (Morel, 2014, p. 42). D'ailleurs, une ethnographie conduite dans des forums de discussion, sur l'usage non médical⁶² de médication psychostimulante, fait émerger cette importance sociale de la réussite scolaire : « les amphétamines apparaissent ici comme des outils permettant d'adhérer aux normes sociales d'efficacité et de contrôle, soit à une "éthique de performance" qui semble ancrée dans les sociétés occidentales contemporaines » (Robitaille, 2016, p. 63-64). Il est alors pertinent de se questionner sur les représentations des éducateurs concernant la capacité de la médication psychostimulante à agir sur la possible future reproduction des inégalités sociales chez les enfants en situation d'échec scolaire.

1.4.1.3.2 L'approche catégorielle et le schème interprétatif médico-psychologique

De plus, la catégorisation des enfants comme TDAH ne peut être analysée sans aborder le rôle de l'approche catégorielle qui a longtemps été la manière de procéder dans le système d'éducation afin d'obtenir le financement pour l'offre de service aux enfants en difficultés. Cette approche s'inscrivait dans une vision administrative de l'éducation, alors que pour obtenir du financement, l'enfant doit être associé à un « code ». Le TDAH était d'ailleurs un code accolés aux enfants en difficultés afin qu'ils obtiennent un certain nombre d'heures d'aide de la part de professionnels scolaires ou même certaines mesures d'adaptation en

⁶² Réfère à un usage du médicament sans avoir reçu une prescription valide d'un professionnel de la santé. Un usage qui sert à augmenter les performances, c'est-à-dire un « dopage » intellectuel, pour référer au monde du sport.

classe. Cette approche a été fortement critiquée par l'avis : *Pour une école riche de tous ces élèves*, publié par le Conseil Supérieur de l'Éducation (2017). Notamment par sa lourdeur administrative, par le fait qu'il s'agit d'une pratique qui favorise le sur-diagnostic de troubles dans le but d'obtenir des services par l'iniquité que cette pratique crée en favorisant les enfants issus d'une famille ayant les moyens d'obtenir un diagnostic au privé, ainsi que par le modèle *Wait-to-fail* que cela implique. Si cet avis informe qu'il n'est plus nécessaire d'exiger un diagnostic pour attribuer une offre de services à l'enfant, on peut se demander s'il n'existe pas encore des réminiscences de cette procédure dans les pratiques scolaires courantes.

Ensuite, l'importance que les éducateurs accordent à leur mission de socialiser doit aussi être considérée. La socialisation fait partie des trois grands axes de la mission de l'école québécoise, qui sont d'éduquer, de socialiser et de qualifier (site internet du Ministère de l'Éducation, 2018). Les enfants identifiés comme TDAH sont souvent associés à des problèmes comportementaux ou affectifs, des problèmes relationnels avec leurs pairs ou avec des problèmes d'estime de soi (Bergey, 2015 ; Quesnel, 2008). Pour la plupart des professionnels scolaires, la socialisation est donc aussi un aspect qu'il faut prendre en compte : « Ils considèrent en effet que ces élèves présentent de nombreux problèmes tant sur le plan affectif que sur le plan des habiletés sociales, d'où l'importance de les supporter et de les suivre de très près dans leur cheminement personnel et académique » (Quesnel, 2008, p. 216). En ce sens, au regard de la mission d'éduquer et de qualifier, on cherchait à adapter les jeunes à une culture de performance dans le but de leur éviter une situation économique difficile dans l'avenir et la mission de socialiser mènerait les éducateurs à exercer une pression de conformité aux normes scolaires sur les élèves, dans le but de leur assurer un avenir dans lequel ils pourront bien s'intégrer en société. D'ailleurs, l'objectif de socialiser était au fondement de l'éducation spécialisée dans le contexte historique de l'enfance inadaptée (Pinell et Zafiroopoulos, 1978). Il s'agissait de prévenir la délinquance dans une logique de prévoyance sociale (Ibid). Il est donc permis de se questionner sur les fonctions (ou l'idéal visé) du diagnostic TDAH et de la médication psychostimulante dans cette socialisation. Est-ce que les éducateurs auraient maintenant aussi la fonction informelle de biosocialiser ? Dans sa recherche sur le contexte scolaire québécois en lien

avec le TDAH, Quesnel (2008) relève l'importance accordée à la médication psychostimulante par les enseignants :

Cinq enseignantes (E17, E14, E8, E15, E1 1) insistent aussi largement sur le fait que les comportements perturbateurs tels l'agressivité, l'impulsivité, les comportements bruyants ou les comportements d'opposition peuvent aussi être contrôlés à l'aide de la médication. Deux d'entre elles (E14, E1 5) mentionnent que la médication peut également avoir un effet très positif sur la socialisation: la médication pouvant améliorer chez certains élèves la qualité de leurs relations avec les autres élèves de la classe. Dans ce cas particulier, la médication pourrait diminuer de façon significative les comportements inappropriés et ainsi avoir un effet positif sur l'estime de soi de ces élèves. (Quesnel, 2008, p. 182-183)

Ainsi, la biosocialisation serait une pratique légitime et efficace, dans la socialisation des enfants ayant des comportements problématiques, pour certains enseignants. Ici, nous sommes dans le contrôle comportemental, dans une pression à se conformer à la culture de l'école, et donc non pas exclusivement dans une biosocialisation visant des idéaux à long terme pour la vie des jeunes. Il semble important d'approfondir les connaissances sur les représentations enseignantes du médicament psychotrope comme moyen de socialiser les jeunes. Notamment sur les raisons derrière l'action, c'est-à-dire d'identifier les normes auxquelles on veut biosocialiser l'enfant.

Des observations similaires à celles de Doré et Cohen (1997) sont faites par Honorez (2006), qui a conclu que des enseignant(e)s peuvent jouer un rôle important dans le processus diagnostique et, donc, dans cette biosocialisation : « il n'est [...] pas rare aujourd'hui de voir un enseignant choisir la médicalisation en pressant des parents de consulter un médecin pour leur enfant dérangeant et inattentif en classe » (p. 121). Selon cet autre aspect, il est pertinent de se questionner sur la légitimité accordée à la médication psychostimulante en lien avec leur tâche d'enseigner et de gérer le climat de classe. Servirait-elle aussi à la gestion de classe ? Morandi (2006) affirme que des enseignants se retrouvent eux-mêmes en difficultés d'enseigner face aux difficultés scolaires. Les difficultés liées aux comportements de certains élèves de la classe doivent certainement être un facteur amplifiant cette difficulté d'enseigner, et donc peut-être un facteur légitimant le rôle de la médication psychostimulante dans la gestion de ce contexte difficile. Ce qui nous mène à nous poser d'autres questions : Est-ce que les éducateurs savent quoi faire avec ce type d'élève ? Est-ce qu'ils ont des contextes d'enseignement (ressources,

nombre d'élèves dans la classe, nombre d'élèves en difficultés dans la classe, etc.) qui leur permettent de bien gérer ce type d'élèves ?

Dans un sens, l'importance de la mission d'éduquer semble être associée à l'importance individuelle et sociale de la performance et de l'éducation dans notre société occidentale contemporaine, alors que l'importance de socialiser (et peut-être maintenant de biosocialiser) viserait plutôt l'importance individuelle et sociale de se conformer à une culture (culture scolaire ici) et du savoir-vivre ensemble. D'un point de vue sociologique, la construction sociale du TDAH comme maladie est une réponse à une situation individuelle jugée problématique, par l'institution légitime du domaine médical, dans un contexte de normes sociales, alors que le TDAH est associé à une certaine forme de déviance aux normes. Cet écart à la norme est particulièrement manifeste à l'école où s'exercent différentes pressions pour appliquer et renforcer la norme, c'est qu'elle est une « machine normative » ; elle est devenue l'institution centrale de la transmission des valeurs et des normes. Elle aurait devancé toute autre institution (famille, religion, etc.) en ce sens, vu la disparité de ces dernières dans notre société d'aujourd'hui sur les plans des normes, valeurs et connaissances différentes qu'elles portent. Ainsi, ce serait cet écart à la norme qui serait perçue comme étant problématique par les éducateurs. Ce problème normatif ayant été approprié par le domaine médical (médicalisation) qui l'explique comme étant des « troubles » neurologiques, c'est-à-dire en termes de symptômes récurrents et repérables. C'est pourquoi il est essentiel de se questionner sur les normes de références ayant été aux fondements de ce processus de médicalisation, mais surtout sur les normes mises en valeur par les acteurs présents dans le processus diagnostique, celles qui légitiment, sur le plan des connaissances des éducateurs, le recours à l'étiquette du TDAH et à la médication psychostimulante. En quoi est-ce considéré comme légitime, pour eux, que des enfants utilisent une médication psychostimulante dans un contexte d'amélioration des compétences scolaires et sociales ? Par exemple, il faut considérer l'hypothèse que la grande majorité de ces mêmes professionnels ne considèreraient même pas comme légitime de donner une médication psychostimulante aux enfants dans un contexte d'amélioration des compétences sportives. C'est pourquoi l'importance sociale de l'école est un facteur à considérer dans la compréhension sociale des éducateurs par rapport au TDAH. Comprendre le contexte social du TDAH, et les conditions sociales de

son apparition, son développement et son repérage institutionnel, renvoie à une approche écologique de la compréhension du phénomène (Lavoie et coll., 2013), laquelle permet de dépasser la compréhension médicale du phénomène (Ibid). Elle permet aussi d'identifier l'interprétation des acteurs sur l'inéquation entre les besoins de l'enfant et le contexte dans lequel celui-ci doit assumer des tâches, tout en identifiant les interprétations de la nature de l'action éducative à mettre en œuvre selon les acteurs (Ibid). Pour répondre à la question des difficultés d'enseigner et d'apprendre, Morandi (2006) propose qu'il faille d'abord faire un retour sur ce qu'est la difficulté, qui est, selon une perspective de construction sociale de la réalité, intrinsèquement liée aux normes, c'est-à-dire que l'interprétation de la difficulté est une conséquence de l'action éducative visée et de l'image que les éducateurs ont de leurs élèves : « Ainsi, des difficultés d'apprentissage lient une difficulté de l'apprendre et son objet » (Morandi, 2006, p. 63). Comme dit précédemment, Morandi (2006) précise que tous les élèves ont des difficultés dans leur cheminement scolaire, et qu'il y a ainsi une différence entre un élève qui « a » des difficultés et un élève qui « est » en difficulté. Cette différence relève d'une représentation de la difficulté, ce qui mène à l'attestation d'un état et l'attribution d'une causalité, pour finalement en arriver à une action ou une remédiation (Morandi, 2006). Pour les enseignants, ces difficultés d'apprentissage ou de comportements peuvent être transposées en impression d'avoir eux-mêmes une difficulté d'enseigner. Encore une fois, cette représentation peut être associée à une autre représentation, soit celle de ce que serait une situation d'enseignement « normale » dans une situation « sans problème » au cours de laquelle ils n'auraient aucune difficulté à enseigner (Morandi, 2006). La conséquence de cet idéal peut être « la stigmatisation de l'élève et de l'école qui ne peut leur offrir des "situations faciles" » (Morandi, 2006, p. 69). Finalement, en ayant en tête ce concept de schème interprétatif, emprunté à Morel (2014), et tout ce qu'il implique tel qu'il vient d'être présenté, voyons ce qu'il en est de l'état des connaissances scientifiques sur les schèmes interprétatifs des éducateurs québécois.

1.4.2 L'état des connaissances sur les « schèmes interprétatifs » des éducateurs d'ordre primaire du Québec à l'égard du TDAH

Au cours des 20 dernières années, plusieurs recherches sociologiques empiriques se sont intéressées aux liens entre enseignants québécois et TDAH (Anciaux, 2007 ; Brice, 2009 ;

Cohen et coll., 1999 ; Doré et Cohen, 1997 ; Garnier et coll., 2000 ; Kalubi et Lesieux, 2006 ; La Grenade, 2017 ; Massé, Couture et Anciaux, 2010 ; Métivier, 2006 ; Quesnel, 2008). Si quelques-unes d'entre elles incluent d'autres professionnels de l'éducation, il reste que les autres types de personnels scolaires ont été moins étudiés que le corps enseignant.

Ces recherches ont abordé la relation entre les enseignants et le TDAH à l'aide de concepts différents à celui de schème interprétatif mobilisé par Morel (2014) tels que ceux de perceptions, de représentations sociales, de croyances, etc. Cette sous-section fait état de ces travaux et permettra d'établir la pertinence de s'interroger sur une certaine sous-culture enseignante à l'égard du TDAH chez les élèves d'ordre primaire.

1.4.2.1 Une sous-culture enseignante à travers les perceptions des acteurs ?

Le concept de perception a notamment été mobilisé par trois recherches s'intéressant au lien entre TDAH et personnel enseignant. Seront d'abord simultanément abordées celles de Cohen et coll. (1999) et de Doré et Cohen (1997), qui permettent de comprendre, à l'aide des perceptions des participants, que des enseignants pouvaient majoritairement utiliser le modèle médical dans leurs actions, sans toutefois y adhérer complètement. En effet, ceux-ci y étaient plutôt contraints, principalement par manque de ressources et d'autres solutions à appliquer. Sera ensuite présentée la recherche de Kalubi et Lesieux (2006), dans laquelle les chercheurs tentent d'identifier comment des enseignants et des parents comprennent et symbolisent le TDAH, et comment ils interagissent dans le cadre d'un processus diagnostique.

1.4.2.1.1 Les enseignants : moteur de la médicalisation du TDAH malgré eux ?

Rappelons que le volet qualitatif de la recherche mixte de Cohen et coll. avait pour objectif de « décrire les perceptions des différents acteurs impliqués sur les étapes du processus de prise en charge des enfants avec un diagnostic TDAH » (Cohen et coll., 1999, p. 1). Cette recherche, de même que des travaux antérieurs (Doré et Cohen, 1997) ont permis de comprendre, à l'aide des perceptions des participants, que des enseignants pouvaient majoritairement utiliser le modèle médical dans leurs actions, sans toutefois y adhérer complètement. Si les résultats permettent de voir qu'au début des années 2000, les enseignants identifiaient les enfants ayant des difficultés et dirigeaient souvent leurs

parents vers des services de psychologie et de médecine, ils permettent aussi de voir que ces les chercheurs avaient identifié plusieurs problèmes entourant la prise en charge biomédicale du trouble. En résumé, les auteurs ont constaté que :

1. Les outils et questionnaires d'évaluation qui ne sont pas appréciés.
2. Les évaluations des enfants ne saisissent pas les aspects psychosociaux.
3. L'examen médical (surtout neurologique) est trop sommaire.
4. Les ressources sont insuffisantes après le diagnostic pour l'enfant et pour tous les acteurs autour de celui-ci (enseignants, enseignants, spécialistes).
5. L'inexistence d'équipes multidisciplinaires pour l'évaluation et l'intervention.
6. L'intervention multimodale, qui est utile, est trop rare.
7. L'absence de suivi auprès des enfants diagnostiqués.
8. La médication, qui ne devrait pas être la seule intervention, l'est souvent.
9. La médication sert de prétexte à réduire les services aux enfants.
10. Il y a des effets désirables à la médication (enfants tranquilles et plus conformes, moins d'échecs et plus d'estime de soi), toutefois, ils notent des effets indésirables (dépression et dysphorie), des inquiétudes dues à un manque de connaissances sur les effets à long terme, une dépendance psychologique et une stigmatisation de l'enfant.

Ainsi, l'étude des perceptions d'enseignants fait ressortir qu'ils semblent avoir adhéré au modèle médical dans le cadre de leurs actions, sans toutefois l'avoir fait complètement sur le plan de leurs perceptions morales, alors qu'ils y posent certaines critiques et relèvent quelques inquiétudes. Ces conclusions sont semblables à l'étude qualitative faite deux ans auparavant par Doré et Cohen (1997), qui avaient observé que les enseignants utilisaient majoritairement le modèle médical pour comprendre les difficultés scolaires et agir sur elles. Malgré qu'ils auraient voulu agir différemment, ceux-ci n'auraient pas eu d'autres choix que d'opter pour la médication. Ces résultats ont mené les chercheurs à attribuer hypothétiquement, aux enseignants, le rôle de « moteur de la médicalisation des échecs scolaires » :

Le matériel recueilli révèle l'omniprésence du modèle médical dans le système de traitement de l'hyperactivité, mais les enseignants et non les médecins apparaissent comme le moteur de la médicalisation. Selon les parents et les médecins, les enseignants dépistent et « diagnostiquent » les enfants, proposent la médication aux parents et, dans certains cas, l'école exige du médecin une prescription. Les médecins admettent que l'évaluation médicale est très souvent sommaire. Pour leur part, les enseignants soulignent les difficultés de leur tâche et le manque d'encadrement psychosocial à l'école. Les commentaires de nos répondants font ressortir la perception de chacun qu'il voudrait agir différemment, mais n'a pas d'autres choix que d'opter pour la médication. (Doré et Cohen, 1997, p. 216)

Cet extrait permet d'établir un bref portrait de ce que pouvait être la situation, à la fin des années 1990, dans une école du grand Montréal, concernant la place centrale que pouvaient occuper certains enseignants d'ordre primaire dans le processus diagnostique du TDAH. On comprend aussi que, si les enseignants paraissent comme étant le moteur de cette médicalisation des difficultés scolaires, ce n'est pas nécessairement par choix ou par une foi inébranlable envers le modèle médical, mais plutôt être par nécessité notamment due à une tâche de plus en plus difficile et à un manque de ressources humaines et matérielles. Pour revenir à Cohen et ses collaborateurs (1999, p. 3), les chercheurs ont finalement tiré une analyse très critique du système scolaire, en lien avec les processus diagnostiques et les processus d'interventions, à l'égard du TDAH :

1. Le système de prise en charge est sans gouvernail.
2. Les critères de prescription sont essentiellement non-médicaux (échecs scolaires, désarroi des parents ou du personnel enseignant ; pression de l'école, essais thérapeutiques).
3. Les différents acteurs ne rendent de comptes à personne, mais dépendent des actions des autres acteurs à cause de leur isolement.
4. Les acteurs se sentent impuissants à changer les choses.
5. La disponibilité de la médication et l'insistance de l'école à l'utiliser « forcent » les acteurs à agir à l'encontre de leurs idées.

Encore une fois, l'analyse des perceptions des acteurs permet de poser l'hypothèse que le modèle médical était bel et bien le schème interprétatif majoritairement utilisé par les enseignants, mais qu'il ne l'était pas nécessairement par choix, mais plutôt par contrainte ou par nécessité, causée par un système déficient. Suite à ces observations, les chercheurs viennent à se poser la question suivante : « la médication sert-elle surtout à apporter « ordre » et « calme » dans le système ? » (Ibid).

Le volet quantitatif de cette recherche mixte avait pour objectif « d'estimer le taux de prévalence de la consommation de psychostimulant chez les enfants du primaire à Laval » (Cohen et coll., 1999, p. 1). Un des résultats intéressants pour ce mémoire renvoie à l'idée que les garçons de la Commission scolaire francophone de Laval consommaient proportionnellement plus de médicaments psychostimulants (prévalence de 7,91 %), que les élèves de la commission scolaire anglophone (prévalence de 3,75 %). Cette différence statistique majeure soulevait « la question intéressante des facteurs culturels qui peuvent contribuer au dépistage, au diagnostic, et au traitement du TDAH » (Cohen et coll., 1999, p. 52). Les auteurs faisaient état d'un manque de connaissances à cet égard dans la littérature de l'époque, ce qui semble toujours être le cas aujourd'hui, selon le portrait dressé des recherches plus récentes. On peut toutefois se référer aux différences statistiques majeures entre le Québec et le reste du Canada (cf. section 1.2.6.3) pour réitérer des hypothèses sur des facteurs culturels, tant dans la culture scolaire que chez la population des jeunes. Par exemple, y aurait-il une plus forte culture d'opposition dans la population francophone et serait-elle responsable de comportements plus difficile chez leurs enfants ? La médication servirait-elle aussi, partiellement, à venir agir sur cette culture d'opposition ? Ou bien, les professionnels scolaires francophones seraient-ils plus enclins à utiliser le modèle médical dans leurs évaluations et leurs actions ?

1.4.2.1.2 Une dynamique interactionnelle conflictuelle ?

Kalubi et Lesieux (2006)⁶³ mobilisent aussi le concept de perception afin d'étudier notamment comment des enseignants et des parents comprennent et symbolisent le TDAH, et comment ils interagissent dans le cadre d'un processus diagnostique. Les chercheurs s'appuient sur un postulat semblable à celui de ce mémoire, c'est-à-dire que, même s'il existe un cadre légal et professionnel reconnu qui régit les services en adaptation scolaire et les pratiques d'évaluation diagnostique, « une autre réalité s'impose, qui relève du savoir commun des enseignants et des parents [...] [et] les difficultés d'attention constituent une notion imprécise ; le tableau diagnostique en est incertain, inconstant et sujet à la réécriture » (Kalubi et Lesieux, 2006, p. 572). Cette participation des enseignants et des parents au processus diagnostique, ajouté au flou conceptuel du TDAH et au manque de formation à

⁶³ Dans leur article « Alliance entre enseignants et parents d'élèves présentant des difficultés d'attention : une analyse sémiotique des perceptions du diagnostic ».

l'égard du trouble (surtout dans cette perspective sociologique), créerait une dynamique interactionnelle conflictuelle entre ces deux groupes d'acteurs. Des interactions au cours desquelles les difficultés scolaires liées à l'inattention et/ou à l'hyperactivité se retrouveraient « au centre d'un triple enjeu de pouvoir, de savoirs, de confusions de rôles » (Ibid). Ainsi, cette recherche abonde dans le sens du flou et de la confusion chez les enseignants au sujet du TDAH, en comparaison avec des difficultés semblables, mais n'appartenant pas au trouble, notamment sur le plan des termes à utiliser et de la hiérarchisation de ceux-ci. Parallèlement à cette confusion, les chercheurs font état d'une grande subjectivité dans le processus diagnostique et du souhait des enseignants et des parents d'avoir des référentiels plus précis pour éviter cette subjectivité. D'ailleurs, plusieurs enseignants seraient conscients et même embarrassés face au pouvoir qu'ils ont, ainsi que de l'impact potentiel que leurs observations et leurs commentaires peuvent avoir sur le futur de l'enfant (Ibid).

1.4.2.2 *Une sous-culture enseignante à travers le concept de représentations sociales ?*

Le concept de représentations sociales est distinct de celui de schèmes interprétatifs et de perceptions, notamment par le niveau d'abstraction plus élevé qu'il suggère. Alors que le concept de perceptions reste très près du discours des participants et de leur propre manière de vivre la situation, et que celui de schèmes interprétatifs fait plus référence à des types de construits institutionnels créés et propagés par des groupes idéologiques précis, celui de représentation sociale tend à englober les deux autres et renvoie à l'idée plus large d'un courant idéologique commun⁶⁴. Voyons comment Quesnel (2008) et Métivier (2006) ont conduit des recherches sur les liens entre TDAH et enseignants, à l'aide du concept de représentation sociale.

1.4.2.2.1 *Des représentations sociales du TDAH, nuancées et incertaines, dans le contexte scolaire d'ordre primaire ?*

Dans le cadre de sa recherche doctorale, Quesnel (2008) a réalisé une étude de cas qui avait comme objectif « de mieux comprendre les représentations que se font les intervenants scolaires du TDA/H et de la médication psychostimulante de même que les significations

⁶⁴ Il y a une différence entre courant idéologique et groupe idéologique précis. Un courant est une manière de penser (large, plus ou moins floue, difficile à rassembler sous un groupe précis), tandis qu'un groupe idéologique précis peut se saisir sous une appellation commune.

que les uns et les autres attribuent à leurs manières d'exercer leurs pratiques professionnelles dans le contexte de prise en charge » (Quesnel, 2008, p. iii).

Tout d'abord, la chercheuse constate que les enseignants attribuent le TDAH à plusieurs causes différentes. Dans le discours des participants, Quesnel retrouve notamment deux types d'explications du TDAH, ainsi que six causes de natures différentes et d'inégales importances. La première explication est de type biologique et rassemble deux causes, soit la cause héréditaire ou génétique et la cause neurologique (Quesnel, 2008). La deuxième explication est de type psychosocial et rassemble quatre causes, soit les conditions familiales, le contexte scolaire, l'environnement et l'alimentation (Ibid). La prise en compte de ces deux types d'explications, par ses participants, reflète bien l'état des travaux scientifiques à l'époque de la recherche, selon l'auteure, alors que ces travaux étaient eux-mêmes nuancés à propos des causes du TDAH. De plus, la chercheuse relève que « le discours scientifique est omniprésent dans les propos des intervenants lorsqu'ils se prononcent sur les causes possibles du TDA/H » (Quesnel, 2008, p. 156).

Tout d'abord, Quesnel (2008) observe la forte présence de l'explication de type biologique : « Pour la très grande majorité des intervenants de l'école (enseignants : 17/20 ; autres intervenants scolaires : 4/7), la cause du TDA/H relèverait d'un problème biomédical associé à une cause neurologique, héréditaire ou génétique » (Quesnel, 2008, p. 156).

Toutefois, elle relève une nuance dans le propos de plusieurs enseignantes :

si la majorité des intervenants semblent adhérer à cette vision biomédicale de la « maladie », plusieurs enseignantes (11/20) ainsi qu'une professionnelle de la santé remettent en question le bien-fondé d'une telle vision et considèrent que les connaissances scientifiques, dans leur état d'avancement actuel, ne permettent pas d'affirmer avec certitude que l'étiologie du TDA/H relève essentiellement de causes neurobiologiques. (Quesnel, 2008, p. 158)

Ainsi, une majorité d'enseignants affirme que le TDAH serait un problème biomédical, mais l'affirmerait en grande partie avec nuances ou prudence. De plus, une grande proportion des enseignantes (14/20) et presque la totalité des intervenants de l'école (6/7) s'interrogeraient sur le rôle joué par le contexte familial, notamment en ce qui concerne le facteur hyperactivité du TDAH. On parle ici de préparer l'enfant au contexte scolaire ; de l'accompagnement dans l'apprentissage ; de l'encadrement du jeune dans ses comportements ou dans les sources de stimulation (télévision, jeux vidéo, technologies) ; et de l'autorité parentale (Quesnel, 2008). Sinon, le contexte scolaire semble aussi être

représenté, par quelques-uns, comme étant un contexte difficile pour certains enfants, par le manque d'activité physique et les longues périodes de concentration et de calme qui sont attendues de l'enfant. Ce qui révèle une possible dualité dans les représentations sociales de certains professionnels scolaires entre l'idéologie biomédicale et l'idéologie psychosociale :

On peut ainsi penser que les intervenants de l'école se réfèrent à deux causes d'origine différentes de l'hyperactivité : il y aurait d'une part, une hyperactivité liée à un problème d'ordre physiologique ou psychologique et d'autre part, une hyperactivité associée à une réaction des enfants aux conditions de vie actuelles dans la famille, à un nouvel environnement technologique et à des conditions de vie difficiles à l'école. (Quesnel, 2008, p. 165)

De ce constat, Quesnel (2008) se questionne sur l'ampleur de l'assimilation directe des travaux scientifiques sur le TDAH, comparativement à l'ampleur de l'assimilation des informations qui circulent sur le sujet. Elle soulève, à l'aide de la théorie de Moscovici sur les représentations sociales, le problème de la distinction entre connaissances scientifiques et représentations sociales.

Pour ce qui est de la médication psychostimulante associée au traitement du TDAH, elle identifie ici aussi des interprétations différentes selon des degrés d'importance chez les participants de son étude :

Pour plusieurs enseignants et autres intervenants de l'école, la médication revêt une importance fonctionnelle dans la mesure où elle peut améliorer la capacité d'attention et de concentration des élèves face au travail scolaire, favoriser une plus grande réussite scolaire ou diminuer les comportements indésirables. Pour certains (enseignants 5/20 ; autres intervenants de l'école 2/7), qui expriment au contraire de nombreux doutes par rapport à l'importance que revêt la médication psychostimulante dans le traitement du TDAH, la médication constitue une solution plutôt temporaire et de derniers recours. (Quesnel, 2008, p. 182)

Si Quesnel perçoit aussi une dualité dans les interprétations face à la médication, force est d'admettre qu'elle serait moins intense que la dualité entre trouble biologique ou trouble psychosocial, alors que seulement sept participants remettent en question l'utilisation de la médication psychotrope, mais qu'ils semblent le faire sans toutefois l'exclure. De plus, chez ceux qui l'acceptent comme solution légitime, la nuance serait presque inexistante :

Pour la majorité des enseignantes (15/20) ainsi que pour les autres intervenants de l'école (6/7), la médication constitue une solution essentielle, voire incontournable, pour certains élèves chez qui le TDA/H a été diagnostiqué. Globalement, ils considèrent en effet que la médication peut améliorer la capacité d'attention et de concentration, favoriser une plus grande persévérance pour réaliser des tâches scolaires, diminuer ou atténuer des comportements indésirables comme l'impulsivité et l'agitation. À ce titre, il semble bien que la médication possède une importance fonctionnelle dans la mesure où elle est perçue comme étant une solution efficace pour permettre aux élèves de « mieux se concentrer » et « vivre des réussites scolaires ». (Quesnel, 2008, p. 182)

On voit ici que des enseignants, qui ont préalablement affiché de la nuance dans leurs représentations sociales sur les causes du TDAH, semblent l'être moins sur le plan du traitement, alors que le traitement biomédical serait légitimé. Quesnel utilise des mots forts de sens pour décrire la représentation sociale du médicament chez la majorité de ses participantes, tels qu'« essentiel », « incontournable », « importance fonctionnelle » et « solution efficace ». S'il semble y avoir très peu de nuances sur la pertinence sociale de l'usage de médication psychostimulante dans le traitement du TDAH chez ces enseignantes, la nuance vient toutefois sur le plan de l'évaluation médicale qui légitime cette utilisation du médicament. La médication serait légitime, mais elle serait « conditionnelle à une évaluation médicale, neurologique ou psychosociale rigoureuse, et bien ciblée afin de confirmer (ou d'informer) le diagnostic » (Quesnel, 2008, p. 184). Finalement, plus de la moitié des participantes reconnaissent l'importance de bien encadrer la médication des jeunes, notamment en raison des effets néfastes qu'elle peut avoir sur l'état de santé des jeunes à court ou à long terme, ainsi que du manque de connaissances à long terme sur ces effets potentiellement indésirables (Quesnel, 2008).

Malgré la pertinence et la grande qualité de la thèse, et comme la chercheuse l'identifie elle-même aussi, il demeure de nombreux points à éclairer sur le plan du TDAH en milieu scolaire. La première limite de sa recherche, qui intéresse la présente étude, est le manque de données sur les processus d'acquisition de connaissances des professionnels scolaires servant l'appropriation de leurs représentations sociales et leurs guides de pratiques, c'est-à-dire sur leur socialisation professionnelle à l'égard du TDAH. La seconde limite que je relève a trait à l'analyse du matériau de la chercheuse qui, malgré des données qualitatives, choisit majoritairement d'utiliser des outils quantitatifs pour analyser son matériau. En effet, dans son analyse des entretiens semi-dirigés, chacune de ses observations est accompagnée de la représentativité quantitative des observations faites, alors qu'elle

conduit la majorité de ses analyses sur cette représentativité statistique plutôt que d'analyser le matériau de manière qualitative. De plus, elle procède ensuite par comparaison de la représentativité des opinions. Par exemple, voici comme elle présente un résultat : « La majorité des enseignants (19/20) et autres intervenants de l'école (7/7) mentionnent... » (Quesnel, 2008, p.169). Plus loin, l'auteure procède d'ailleurs à une analyse par association de mots et par test du chi-deux, alors qu'elle a demandé à ses participants d'associer trois mots à six concepts clés de sa recherche (enfant, rôle de l'école, discipline, hyperactivité, médicament et Ritalin). Ces associations de mots, faites par les 27 participants, sont analysées de manière quantitative. L'interprétation des résultats est réalisée selon des facteurs de fréquences que la chercheuse identifie comme significatifs ou non par rapport au test chi-deux. Cette méthode semble ne servir qu'à associer les participants à des représentations sociales en cherchant des similitudes significatives quantitativement, ce qui la rend ainsi peu féconde pour faire émerger le sens des acteurs par rapport à leurs représentations et les manières dont elles ont été construites. Ces manières d'analyser des données qualitatives ne permettent pas d'identifier une sous-culture enseignante à l'égard du TDAH de la même manière que le permettrait une analyse d'entretiens semi-dirigés laissant plus de place au « libre » discours. Ainsi, cette thèse laisse un manque de connaissances, puisqu'il reste à procéder à des descriptions approfondies de l'essence de l'expérience humaine (Fortin et Gagnon, 2010) concernant le TDAH, ainsi qu'à des descriptions denses et détaillées du milieu culturel qu'est l'école québécoise (Ibid).

Finalement, comme la mise en diagnostic TDAH étant une pratique en expansion rapide dans nos sociétés occidentales, puisqu'il s'agit d'une des pathologies infantiles les plus diagnostiquées dans le monde occidental au cours des vingt dernières années (Prosser, 2015), et comme les nombres de diagnostics et de prescriptions ont augmentés depuis la thèse de Quesnel est parue en 2008, il est pertinent de se pencher de nouveau sur le sujet et sur son évolution plus de 10 ans plus tard.

1.4.2.2.2 L'identification des représentations des parents et celles des enseignants à l'égard du TDAH ?

Le mémoire de Métivier (2006) fait une analyse comparative des représentations de parents et d'enseignants à l'égard des enfants TDAH issus d'un milieu défavorisé. Les résultats

permettent notamment d'illustrer des différences significatives entre les représentations des parents et celles des enseignants. Par exemple, Métivier relève la représentation négative que peuvent avoir des parents à l'égard de la tendance scolaire à étiqueter les jeunes. À l'inverse, il relève la représentation positive de l'étiquetage que peuvent avoir des enseignantes qui souhaiteraient revenir le plus possible aux classes spécialisées, car celles-ci offrent un meilleur ratio enseignants-élèves, ce qui, selon elles, permettrait un enseignement plus différencié et favoriserait la réussite scolaire. Ainsi, la présentation des résultats énumère des représentations différentes à plusieurs égards entre les deux types d'acteurs, ce qui va dans le sens de la recherche de Kalubi et Lesieux (2006) présentée plus tôt (cf. section 1.4.2.1.2).

De plus, Métivier (2006) affirme que toutes les enseignantes qui ont participé à sa recherche souhaitaient une diminution du ratio dans les classes afin d'intervenir efficacement et de répondre aux besoins des élèves TDAH, alors que trop de cas problématiques et un nombre trop élevé d'élèves sont des conditions qu'elles ont identifiées comme les empêchant de proposer des moyens adaptés aux enfants étiquetés par le trouble. D'ailleurs, les mêmes enseignantes fondaient leurs observations « uniquement sur les comportements observables en classe pour définir le concept d'hyperactivité » (Métivier, 2006, p. 105).

Concernant la médication psychostimulante, les participants à l'étude de Métivier étaient unanimes : « depuis la prise du médicament, les parents et les enseignantes constatent une amélioration du comportement, de l'attention et des apprentissages » (Métivier, 2006, p. 108). Ainsi, ces résultats proposent que la médication ait des effets bénéfiques sur l'attention, la participation en classe et les relations sociales (Ibid). Toutefois, si la médication semblait bénéfique quant à l'amélioration de la concentration et la diminution des comportements impulsifs, la chercheuse affirme qu'elle « ne peut contrer les troubles d'apprentissage » (Ibid). Finalement, les participants ont proposé quatre changements pour améliorer la situation des élèves TDAH, soit :

1. donner des formations spécifiques aux enseignants et aux intervenants ;
2. avoir un plus petit ratio d'élèves par classe ou avoir des classes adaptées au besoin des élèves TDA/H ;
3. avoir plus de ressources pour aider les enseignants, les parents et les enfants ;
4. favoriser la concertation entre les parents, les enseignants et les spécialistes œuvrant auprès de l'élève TDA/H au moyen de table de concertation ou d'atelier d'échange.

(Métivier, 2006, p. 109)

Malgré l'intérêt du mémoire de Métivier, celui-ci a plusieurs limites, notamment à l'égard des objectifs que le chercheur s'était fixés. Son étude devait en effet permettre de (p. 119):

1. comprendre les représentations des enseignants et des parents concernant l'élève TDA/H ;
2. clarifier l'impact de ces représentations sur la réussite scolaire de l'élève ;
3. faire ressortir les éléments constitutifs de cet impact ;
4. proposer des modalités de concertation entre l'école et la famille.

Pour atteindre ces objectifs flous et imprécis, il faudrait une recherche très approfondie sur le sujet et qui nécessiterait un échantillon beaucoup plus grand et beaucoup plus large (autres professionnels scolaires) que les quatre parents et les quatre enseignants à l'étude dans ce cas-ci. Au-delà de l'échantillon, même si cette recherche permet de comprendre de possibles représentations parentales ou enseignantes à l'égard du TDAH, reste que les résultats sont présentés de manière très descriptive, sans une conceptualisation qui permettrait de dépasser le fait de résumer les propos des participants afin d'en fournir une analyse plus complète. Les résultats sont en effet présentés en relation avec des « sujets » et par ordre de verbatim, plutôt que par un portrait général de la situation établie à l'aide de catégories conceptuelles qui permettraient de comprendre le phénomène plus en profondeur, mais aussi de tester et d'appliquer ces catégories conceptuelles lors de recherches ultérieures. En effet, même si la présentation des données débouche sur deux modèles explicatifs sur la formation d'une certaine représentation sociale, soit une qui concerne les parents et l'autre les enseignants, ceux-ci sont présentés sans explication et sont loin d'être satisfaisants pour comprendre la relation entre le TDAH et l'École québécoise. Et encore une fois, le fait que cette recherche ait été publiée plus de 13 ans avant ce mémoire-ci justifie aussi la conduite de nouvelles recherches à l'égard de cette relation, vu l'évaluation de la situation depuis.

1.4.2.3 *Une sous-culture enseignante à travers le concept de croyances ?*

À travers des concepts différents, quoique similaires, les recherches d'Anciaux (2007) et de Massé, Couture et Anciaux (2010) traitent de la relation entre les éducateurs et le TDAH. Dans leur article publié dans la *Revue santé mentale au Québec*, les chercheuses s'intéressent aux connaissances et aux croyances de professionnels, notamment ceux de l'éducation, à l'égard du TDAH. Sans que ce mémoire n'adhère à cette conceptualisation, comme je l'expliquerai après avoir présenté leurs recherches, les auteures y distinguent les connaissances et les croyances : « Les connaissances se réfèrent à ce que les personnes savent sur le sujet, à propos de ce qui est reconnu scientifiquement comme vrai ou faux, alors que pour les croyances, une dimension affective s'ajoute » (Massé, Couture et Anciaux, 2010, p. 156). Ainsi, Anciaux (2007) et Massé et coll. (2010) ont cherché à évaluer les quatre dimensions inhérentes aux croyances du TDAH, c'est-à-dire « la nature du trouble, son étiologie, sa localisation (individu ou société) et, enfin, la désirabilité et l'efficacité de différentes stratégies d'intervention » (Massé et coll., 2010, p. 156). Pour ce faire, les deux recherches s'appuient sur le modèle de Bilton (1996), qui se divise en cinq catégories de croyances liées au TDAH : médicale allopathique, politique-cognitive, socioculturelle, morale-éthique et médicale alternative.

Les croyances médicales-allopathiques sont celles liées au monde médical (Massé et coll., 2010). Il s'agit d'un schème interprétatif biologique, neurologique ou neuropsychologique. Le TDAH est alors hors du contrôle de l'enfant et les interventions qui y sont associées « sont de type médical et psychosocial telles les médications et la thérapie » (Massé et coll., 2010, p. 157). Le deuxième type, celui des croyances cognitives-politiques, est celui qui semble le plus en lien avec la perspective sociologique. Y sont associés les enseignants qui situent la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu et qui considèrent que les différences sont problématiques dans la mesure selon laquelle la société les dévalorise (Massé et coll., 2010). On y retrouve notamment les notions d'étiquetage et de contrôle social, qui relèvent de la sociologie de la déviance : des notions définies plus loin. Le troisième type, celui des croyances socioculturelles, est aussi relativement lié à la pensée sociologique du TDAH. Les causes du TDAH se situent dans l'environnement socioculturel du jeune, comme le contexte familial ou le contexte scolaire par exemple, et les interventions devraient être dirigées sur l'environnement de l'enfant (Ibid). Le

quatrième type, les croyances morales-éthiques, seraient celles qui considèrent que les symptômes du TDAH sont une manifestation du manque d'effort ou de volonté du jeune, c'est-à-dire que ce serait la faute de l'enfant et qu'il faut intervenir d'une manière punitive (Ibid). Le cinquième et dernier type, les croyances médicales-alternatives, évoque les causes du TDAH comme étant d'influences environnementales toxiques, telles que l'alimentation par exemple (Ibid).

Ces cinq types de croyances ne sont pas des croyances exclusives et les acteurs emprunteraient des croyances à plusieurs catégories (Ibid). Cependant, une ou deux catégories seraient toujours prépondérantes et ce sont ces catégories qui auraient une forte influence sur les pratiques des acteurs envers le TDAH (Ibid) : celle des croyances médicales-allopathiques, qui attribue une cause biologique, neurologique ou neuropsychologique au TDAH, et celle des croyances socioculturelles, qui situent la cause dans l'environnement du jeune. Toutefois, les participants mettent le blâme sur les conditions scolaires plutôt que sur le support parental du jeune.

Malgré des résultats pertinents, la recherche d'Anciaux (2007) et de Massé et coll. (2010) laissent beaucoup de questions sans réponses ou de réponses incomplètes. D'abord, selon les auteures, les résultats obtenus témoigneraient de la proximité des connaissances des professionnels scolaires avec l'« état de la connaissance scientifique actuelle »⁶⁵, puisqu'elle suggère « que le traitement le plus efficace est l'approche multimodale qui allie pharmacologie et interventions psychosociales (Pelham et Fabiano, 2008) » (Massé et coll., 2010, p. 170). Toutefois, ces affirmations, mais aussi les types de croyances utilisées pour conduire leurs recherches, mettent en exergue la légitimité accordée aux disciplines scientifiques appartenant au paradigme médical. Notamment, parce que l'état de la littérature sociologique n'est pas pris en compte (puisque'elle ne semble pas légitimer cette vision du TDAH ou le fort taux de traitement par médication psychostimulante). Ceci permet de faire le constat d'un manque de collaboration interdisciplinaire ou de recherche complémentaires entre les disciplines, mais aussi de poser l'hypothèse d'un manque de multidisciplinarité dans certaines formations universitaires. C'est notamment pour ces raisons que ce mémoire ne s'associe pas avec la distinction conceptuelle entre

⁶⁵ Selon leur propre compréhension disciplinaire et épistémologique.

connaissances et croyances, mais propose plutôt d'identifier des schèmes interprétatifs appartenant à des courants idéologiques, disciplinaires et/ou socioculturels. En distinguant croyances et connaissances, les chercheuses érigent la connaissance scientifique de leur propre discipline au-dessus de toutes autres formes de connaissances, comme le suggère la réflexion épistémologique faite par Morrissette (2013), en s'inspirant de Bourgeault :

la recherche traditionnelle qui, comme le souligne Bourgeault (1999 :103), adopte une « vision descendante, selon laquelle un ordre du monde préétabli et détermine d'en haut, immuable, impose à la conscience comme aux conduites humaines la rigueur de sa loi ». Cette vision conduit à inféoder la pratique à la théorie, celle-ci dictant à celle-là ce qu'il convient de faire, les milieux de pratique étant réduits à des lieux d'application des théories, les acteurs de terrain étant conçus comme de simples exécutants. [...] Il s'agit d'un rapport aux savoirs où ceux-ci sont considérés comme des savoirs déjà constitués, certains et définitifs, détachés des acteurs de terrain. Dans cette perspective, comme le relève Bourgeault (1999 : 166), « la connaissance scientifique, peu à peu placée sous le signe de la certitude plus que du doute, s'est affirmée comme supérieure aux autres modes de connaissances. De quel droit? ». Plus encore, elle est devenue le mode dominant, voire le seul mode légitime, poursuit-il. (Morrissette, 2013, p. 46-47)

On peut comprendre que la recherche doit s'intéresser aux connaissances et aux compétences des acteurs étudiés, non pas dans une logique de jugement et de prescription disciplinaire à l'égard de celles-ci (supériorité ou infériorité), mais plutôt dans une perspective de compréhension de celles-ci, ce qui permet de comprendre ce qu'elles sont et pourquoi il en est ainsi.

De plus, notons également que les chercheuses ne posent aucune question sur le rôle précis de l'enseignant envers les enfants TDAH. Si elles posent plusieurs questions à l'égard du traitement médical du trouble, il y a une absence totale de question sur le traitement complémentaire thérapeutique ou même sur les rôles des enseignants à l'égard des adaptations pédagogiques qui peuvent aider les enfants ayant un TDAH.

En outre, une autre limite importante est la catégorie médicales-allopathiques du modèle de Bilton, sous laquelle se retrouve le traitement par médication psychostimulante au même titre que le traitement par rééducation spécialisée. Pourtant, il y aurait un intérêt à distinguer les croyances selon les types de traitement car, tel que déjà mentionné, ce n'est pas nécessairement le TDAH qui rend la situation sociale problématique, mais plutôt l'association du trouble avec un traitement par médication.

Enfin, une autre limite majeure concerne leurs collectes de données ayant reposé sur des questionnaires⁶⁶. Si cette méthode a permis de brosser un portrait intéressant de la situation, elle est pourtant limitée pour cerner le phénomène empiriquement et dans toutes ses subtilités. Par exemple, dans leur ouvrage qualitatif, Coar et Sim (2006) proposent que certaines méthodes de collecte puissent être perçues, par les participants, comme un examen de leurs connaissances ou de leurs compétences. Ils font donc état du possible biais méthodologique que peut impliquer une situation de collecte dirigée par des pairs ou par des collègues significatifs, alors que les participants peuvent voir le questionnaire ou l'entretien comme un examen de leurs connaissances ou de leurs compétences, et qu'ils peuvent ainsi vouloir exhiber les « bonnes » connaissances. Cette notion d'examen de leurs compétences est étroitement liée à la notion de désirabilité sociale, mais dans une perspective professionnelle. En ce sens, le contexte méthodologique de l'étude de Massé et coll. (2010) apparaît propice à un haut degré de désirabilité professionnelle. Tout d'abord, puisqu'elles sont des psychoéducatrices, et donc des collègues ayant une certaine notoriété chez les participants à leur étude. Mais c'est surtout la collecte de données qui semble propice à ce biais de réponses influencées par la désirabilité professionnelle. En effet, pour le questionnaire d'association, chaque question représente une des cinq catégories de schème interprétatif présentées plus tôt (médicale allopathique, politique-cognitive, morale-éthique, socioculturelle et médicale alternative). L'outil méthodologique a donc les allures d'un test de connaissances professionnelles, alors que le participant doit se prononcer sur la validité d'une affirmation, pour que les chercheuses puissent associer les croyances des enseignants aux catégories. En ce qui concerne le questionnaire vrai ou faux, le participant doit se prononcer sur la validité d'une affirmation (si elle est vraie ou si elle est fausse). Dans leur texte, lorsque les chercheuses présentent le questionnaire, celui-ci s'accompagne de la « bonne » réponse (vraie ou fausse) qui aurait dû être donnée par le participant. La « bonne » réponse est fondée sur la compréhension médicale du TDAH, ce qui laisse encore croire à l'appartenance exclusive des chercheuses au paradigme médical. La note au bas du questionnaire vrai ou faux confirme leur choix

⁶⁶ Le questionnaire *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale* (ADROS, traduit et adapté par Couture, 2003) pour Anciaux (2007) et ; un questionnaire d'association et un questionnaire vrai ou faux pour Massé et coll. (2010).

paradigmatique : « C'est sur la base des connaissances issues des études scientifiques basées majoritairement sur une approche médicale allopathique que les items sont estimés vrais ou faux. Certains de ces énoncés restent controversés et leur justesse peut être discutée par les tenants d'autres approches » (Massé et al, 2010, p. 162). Voici quatre exemples de questions sur lesquelles les participants devaient se prononcer, ainsi que les « réponses attendues » qui leur sont associées :

3. Les enfants avec le TDAH naissent avec des vulnérabilités biologiques affectant la capacité d'attention et le contrôle de soi. (Vrai).

[...]

11. Le TDAH peut être héréditaire. (Vrai).

[...]

15. Si un enfant a d'excellents résultats scolaires un jour et des résultats désolants le lendemain, il est peu probable qu'il ait un TDAH. (Faux).

[...]

18. Les enfants présentant le TDAH sont à grand risque de devenir délinquants une fois adolescents. (Vrai).

(Massé et coll., 2010, p. 161)

Cette collecte de données ne confirme pas nécessairement que les chercheuses s'intéressent à savoir si les participants ont « bien » incorporé le schème interprétatif médical, ou même qu'elles souscrivent totalement au paradigme médical, puisqu'il est possible qu'elles visent à tester les idées les plus répandues sur la question. Toutefois, leur recherche prend les allures d'une étude évaluative plus qu'une étude compréhensive, dans le sens où les chercheuses s'intéressent à évaluer les connaissances selon ce qui est considéré être les connaissances scientifiques actuelles et légitimes, plutôt que de s'intéresser à identifier les connaissances et croyances des enseignants dans un but de compréhension de ce qui induit cette association à celles-ci. Cette posture est annoncée dès le sommaire de la thèse d'Anciaux (2007) : « Ces connaissances donneront des pistes pour orienter les formations afin de modifier éventuellement les croyances erronées ou les pratiques non appropriées ». (p. II).

Finalement, la forte présence du paradigme médical comme connaissance légitime, dans leur analyse, fait comprendre l'importance de conduire des recherches sociologiques qualitatives, idéalement par des sociologues n'appartenant pas au paradigme médical, afin

de permettre une analyse d'un point de vue différent et complémentaire. Il ne s'agit pas d'invalider leur recherche par leur possible appartenance au paradigme médical, mais plutôt de légitimer une recherche similaire selon une perspective sociologique à des fins de complémentarité. Massé, Couture et Anciaux (2010) elles-mêmes avancent l'importance d'aborder le TDAH de manière multidisciplinaire, notamment lorsqu'elles abordent la formation : « le fait que les différents intervenants soient formés ensemble peut favoriser des échanges co-constructivistes, c'est-à-dire une confrontation des idées des différents acteurs susceptibles de provoquer des changements sur le plan des connaissances et des croyances chez certains d'entre eux » (Massé et coll., 2010, p. 173). Pour cette même raison, l'importance de la socialisation professionnelle, notamment de la formation et des relations, dans la construction et dans l'appropriation des connaissances et des croyances, doit faire l'objet de notre attention.

1.4.2.4 La socialisation professionnelle des éducateurs d'ordre primaire

Pour faciliter la compréhension de la socialisation des éducateurs québécois, afin de mieux comprendre leur appropriation de connaissances, j'aborderai : (1) la présocialisation professionnelle (la phase initiale), qui fait référence à la socialisation reçue depuis l'enfance jusqu'à l'entrée dans la formation universitaire en éducation ; (2) la socialisation lors de la formation universitaire en éducation (la phase intermédiaire), qui réfère aux apprentissages reçus lors de la formation académique dans le ou les programmes d'étude spécifiques à la profession, ainsi que ; (3) la socialisation professionnelle continue (la phase tertiaire), qui renvoie aux expériences vécues dès l'entrée en stage et sur le marché du travail, dont les interactions en milieu de travail, la formation autodidacte et la formation continue (Larouche, 1984). Bien sûr, il ne faut pas mettre de côté la première phase, qui renvoie à avant la formation professionnelle, alors que les conceptions personnelles sur le trouble peuvent être très solidement ancrées chez certaines personnes avant même de recevoir une formation. Cependant, dans le cadre de cet état des connaissances, comme les travaux sont plus dirigés en fonction des deux autres phases, seulement celles-ci seront présentées. Cette situation révèle d'ailleurs un manque de connaissances à l'égard des perceptions des futurs étudiants et étudiantes en éducation, à l'égard du TDAH.

1.4.2.4.1 La phase intermédiaire de la socialisation professionnelle

Tout d'abord, Massé, Couture et Anciaux (2010) abordent l'importance de la formation universitaire reçue et le paradigme dans lequel cette formation s'insère, dans la construction et l'appropriation d'un schème interprétatif. Par exemple, elles observent une différence significative entre les psychologues et les travailleurs sociaux :

Cela peut provenir de la formation de base. Effectivement, les psychologues ont une formation plus longue et peut-être plus basée sur la littérature scientifique en psychopathologie concernant le TDAH que les travailleurs sociaux. D'autre part, les différences peuvent aussi s'expliquer par les paradigmes propres à chacune des disciplines professionnelles. En effet, la formation en psychologie est davantage basée sur le modèle bio-psycho-social (Massé et coll., 2010, p. 170-171)

Cette hypothèse d'une différence de schème interprétatif selon la formation reçue, concernant l'appartenance disciplinaire et paradigmatique des contenus présentés lors de cette formation, est intéressante. Par exemple, « les enseignants avec une qualification en adaptation scolaire ont des croyances qui se rapprochent plus des connaissances scientifiques » (Massé et coll., 2010, p. 171). Par « connaissances scientifiques », on peut supposer que les auteures font référence aux connaissances fondées sur le paradigme médical ou psychologique, vu la note de bas de page de leur outil de cueillette qui mentionne que « c'est sur la base des connaissances issues des études scientifiques basées majoritairement sur une approche médicale allopathique que les items sont estimés vrais ou faux » (p. 162). Il semble alors pertinent de se questionner sur le contenu présenté aux enseignants québécois dans leur formation universitaire. Quelles sont les différences dans les apprentissages entre le baccalauréat en enseignement régulier et le baccalauréat en adaptation scolaire ? Les connaissances mobilisées sont-elles multidisciplinaires ou sont-elles concentrées sur les disciplines du corps ? De plus, il pourrait aussi y avoir une différence de schème interprétatif chez les intervenants scolaires selon leur niveau de diplomation : « les intervenants ayant un niveau de scolarité de 2e ou 3e cycle situent moins la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu que ceux qui ont un baccalauréat » (Massé et coll., 2010, p. 172). Les professionnels scolaires ayant des études de premier cycle seraient eux aussi plus enclins à utiliser des schèmes interprétatifs appartenant à la catégorie médical-allopathique, mais emprunteraient plus fréquemment quelques nuances à la catégorie politique-cognitive et seraient donc plus nuancés grâce au schème interprétatif sociologique. Il est alors tout aussi pertinent de se questionner, dans une

logique comparative, sur les contenus présentés au baccalauréat en enseignement et les contenus présentés aux 2^e et 3^e cycles. Finalement, même si je n'ai retrouvé ce questionnement dans aucun des écrits recensés, il semble pertinent de s'interroger sur le degré d'uniformité des formations entre les différentes universités québécoises concernant le TDAH et les interventions qui y sont associées, autant dans la formation en enseignement régulier que dans les formations en psychopédagogie.

Au-delà des paradigmes disciplinaires présents dans la formation des professionnels scolaires, il serait aussi important de considérer quelle est la formation pratique reçue en lien avec les élèves à besoins particuliers (Lavoie, Thomazet, Feuilladiou, Pelgrims et Ebersold, 2013). Une critique qui peut être faite est que « la formation initiale des enseignants repose sur « apprendre à enseigner à l'élève moyen » (Lavoie et coll, 2013, p. 98). Ce qui serait un obstacle à l'inclusion scolaire des élèves à besoins particuliers, alors que cette inclusion doit passer directement par l'expertise professionnelle des enseignants (Lavoie et coll., 2013). Il est donc aussi pertinent de se questionner sur la formation reçue par les enseignants québécois sur les pratiques d'enseignement pour ce type d'élèves.

1.4.2.4.2 La phase tertiaire de la socialisation professionnelle

Bien sûr, les connaissances des professionnels de l'éducation, notamment sur le TDAH, sont loin de se limiter aux connaissances reçues lors de leur formation universitaire, puisque de nombreux éléments de connaissances et de nombreuses manières de faire sont acquis sur le marché du travail (expériences, discussions, collaboration, observations, etc.). Si on invoque l'hypothèse d'une culture professionnelle enseignante à l'égard des difficultés scolaires, il est important de chercher à identifier les moments-clés des apprentissages lors de la socialisation professionnelle depuis l'entrée sur le marché du travail.

1.4.2.4.2.1 Les formations professionnelles continues

Ainsi, des formations sur le TDAH sont offertes à ces professionnels, par des organismes divers, dans une logique de formation continue. Ces organismes semblent toutefois s'inscrire majoritairement dans la vision paradigmatique médicale du TDAH : « Les croyances médicales-allopathiques sont significativement plus élevées pour les intervenants ayant suivi une formation sur le TDAH après leur formation principale

comparativement aux intervenants n'ayant pas suivi de formation » (Massé et coll., 2010, p. 171). Toutefois, ce n'est pas toujours le cas. Voyons ici deux types de recherches à l'égard de formations québécoises qui ne visent pas seulement à socialiser l'approche médicale.

Le premier exemple de formation offerte aux enseignants, en lien avec la santé mentale des jeunes, a été la formation-accompagnement « Apprivoiser la complexité ! ». Cette formation en santé mentale, pour les enseignants, avait comme premier objectif de former les enseignants aux connaissances et aux compétences pédagogiques :

Le premier objectif est d'accompagner le développement des compétences professionnelles du personnel enseignant afin de l'aider, dans sa mission éducative, à faire face aux problèmes parfois complexes d'adaptation et de santé mentale des jeunes à l'école. Les contenus visent trois niveaux de savoirs : des savoirs plus théoriques (santé mentale/pathologie, développement/ attachement, motivation/engagement, réalité transculturelle), des savoir-faire (approche, démarche d'analyse et d'intervention — universelles et ciblées —, outils) et un savoir-être (modélisation dans l'animation et activités expérientielles). **Ces savoirs tiennent compte de la pédagogie comme outil privilégié et spécifique au milieu scolaire** pouvant renforcer les forces des jeunes et leur sentiment d'appartenance et d'inclusion scolaire et sociale. (Papazian-Zohrabian, Rousseau, Roy, Arauz et Laurin-Lamothe, 2015, p. 6)

Cette formation se veut ainsi une manière d'apprendre des connaissances et de développer des compétences pédagogiques pour faire face à la santé mentale des jeunes. Ces connaissances et ces compétences s'inscrivent dans le schème interprétatif médico-psychologique, mais davantage vers une tendance psychologique que biomédicale. Elles impliquent les termes ayant émergé de la médicalisation des difficultés scolaires (comme le TDAH), mais elles visent des traitements pédagogiques plutôt que pharmacologiques. Cependant, cette formation a aussi comme but de favoriser un lien professionnel entre les enseignants et les professionnels du domaine psychologique et médical. C'est ainsi que la formation identifie l'accès aux professionnels psychologiques et du domaine de la santé comme un « filet de sécurité » pour les enseignants. On y mentionne notamment l'importance, pour les formateurs, d'une appropriation d'un langage psychologique et médical par les enseignants. On parle même d'un partenariat, ou d'une communauté, entre enseignants et professionnels de la santé. Ceci pourrait avoir comme conséquences de valider et légitimer la perspective médicale ; de produire, bien que cela ne soit pas

l'intention, des manières de réfléchir et d'agir, chez les enseignants, qui peuvent correspondre au paradigme médical et mener à l'acceptation du traitement par médicament.

Le deuxième exemple concerne une formation, à partir de laquelle Papazian-Zohrabian (psychopédagogie), Rousseau (pédopsychiatrie), Roy (psychologue scolaire), Arauz et Laurin-Lamothe (sociologues) ont publié un article de recherche évaluative sur cette formation. Cette évaluation avait deux objectifs, soit :

- 1) évaluer les retombées de la formation continue sur le partenariat entre les écoles et leur réseau de soutien (commission scolaire et services de santé) et 2) évaluer l'effet de la formation sur la transformation des perceptions des participants au sujet de leur sentiment de compétence, de leur rôle et de leur impression d'avoir du soutien face à des élèves ayant des problèmes de santé mentale (Papazian-Zohrabian, Rousseau, Roy, Arauz et Laurin-Lamothe, 2015, p. 6)

Cette recherche apparaît comme une recherche-action plutôt que compréhensive, non pas qu'une recherche évaluative ne peut pas aussi être compréhensive, mais la compréhension s'inscrit toutefois dans un cadre spécifique de connaissances disciplinaires et paradigmatiques. Ici, les spécialistes ont cherché à former des enseignants dans un paradigme non pas médical, mais plutôt systémique, psychanalytique et développemental, alors que le but était d'outiller les enseignants à comprendre autrement les difficultés des jeunes et ne pas focaliser sur les symptômes déviants de la norme. Ensuite, il s'agissait d'évaluer si les enseignants ont bel et bien incorporé ce paradigme dans la compréhension de la santé mentale des jeunes, et comment cette appropriation a eu un impact sur leurs interprétations de leurs pratiques. Pour ce qui est des résultats de leur enquête, qui s'est opérée par questionnaires quantitatifs avant et après la formation, ainsi qu'en conduisant des observations qualitatives pendant celle-ci, les chercheuses arrivent à la conclusion que « la formation a augmenté significativement le sentiment de compétence des intervenants scolaires et de santé quant à leur intervention auprès des élèves avec des problèmes de santé mentale » (Papazian-Zohrabian et coll., 2015, p. 11). Les intervenants en milieu scolaire répondaient plus positivement après la formation lorsqu'on leur demandait s'ils avaient « l'impression d'avoir les compétences nécessaires pour intervenir lorsque les élèves présentent des problèmes de santé mentale » (Ibid) ; s'ils avaient l'impression d'avoir un rôle à jouer auprès de ces élèves ; ou s'ils avaient l'impression d'avoir accès à du soutien dans de telles situations (Ibid). Ce qui peut avoir comme retombée positive la diminution

des situations où ces professionnels scolaires se sentent démunis et où ils « doivent » solliciter l'aide pharmacologique. Une autre conclusion est que la formation aurait augmenté le niveau d'accord entre les professionnels scolaires et les professionnels de la santé selon une logique de partenariat (Ibid). Ce qui peut, encore une fois, avoir un effet indirect de transfert et de légitimation des connaissances médicales, qui elles, peuvent mener à l'acceptation du médicament comme solution valide et légitime.

1.4.2.4.2.2 La socialisation professionnelle par collaboration

Au-delà des formations offertes, on doit aussi considérer l'impact d'une « formation » informelle à travers des interactions, comme une source de socialisation professionnelle. Cela peut être le cas, par exemple, lorsqu'il y a collaboration avec des membres de l'institution médicale, lorsque les professionnels de l'éducation côtoient des enfants TDAH ou tout simplement dans l'interaction des éducateurs entre eux dans le cadre de leur travail à l'école.

Pour le premier type d'interaction, en effet, plus les enseignants seraient en contact direct avec des professionnels de la santé, notamment dans des cas où les enseignants auraient à participer à l'évaluation du TDAH chez des enfants, plus ces enseignants semblent utiliser le schème interprétatif médical dans leur discours et dans leurs pratiques lorsqu'il est question de difficultés scolaires (Massé et coll., 2010). Pour le deuxième type d'interaction, le simple fait de côtoyer des enfants déjà identifiés comme TDAH, pourrait avoir comme conséquence de légitimer une certaine interprétation du trouble. En ce sens, les jeunes déjà identifiés comme TDAH peuvent servir de modèles de connaissances pour les enseignants qui les côtoient, c'est-à-dire que les enseignants peuvent identifier des types de comportements chez ces enfants et les associer au trouble du TDAH dans une perspective de construction de la connaissance. Pour le troisième type d'interaction, la socialisation professionnelle entre les pairs eux-mêmes demeure très importante à considérer, que ce soit par les stages, par le travail collaboratif ou simplement par l'entremise de discussions. Toutefois, aucune recherche ne s'est intéressée spécifiquement à ce type de socialisation professionnelle au Québec, en lien avec le TDAH, ce qui révèle un manque de connaissances en lien avec l'objet de ce mémoire.

1.4.2.4.2.3 La socialisation professionnelle autodidacte

Enfin, la formation autodidacte doit être prise en considération, notamment en identifiant les sources d'informations consultées par les enseignants lorsqu'ils cherchent à mieux s'informer sur le TDAH. Il est d'abord pertinent de se questionner sur la littérature scientifique disponible aux enseignants. Par exemple, les articles scientifiques issus du paradigme médical, sur le TDAH, sont beaucoup plus nombreux que ceux issus de la sociologie, alors que les textes sociologiques traitent souvent du TDAH d'une manière plus large, en traitant de la médicalisation en général par exemple. Les textes sociologiques traitent souvent du TDAH d'une manière théorique et compréhensive, ce qui peut laisser les enseignants sans aucune connaissance sur les pratiques possibles à appliquer directement ; contrairement aux textes de psychoéducation, par exemple, qui eux, offrent des « solutions » pratiques. De plus, il est aussi pertinent de se questionner sur leurs méthodes de recherche. Par exemple, comme la psychoéducation est un domaine scientifique possédant une grande légitimité par rapport au traitement des difficultés scolaires, on peut faire l'hypothèse que les recherches des enseignants sont dirigées vers ce courant médical au détriment d'autres courants tels que la sociologie. Sinon, dans le contexte d'aujourd'hui, l'accès à l'information par internet ne peut pas être sous-estimé, alors que ce réseau a eu un effet significatif sur le rapport entre l'individu et la maladie (ou la médecine) en rendant les informations sur la santé plus accessibles (Collin et coll., 2005 ; Conrad et Bergey, 2014). Certaines recherches indiquent d'ailleurs que l'information médicale fait partie des informations les plus recherchées sur internet (Ibid). Pour ce qui est du TDAH, il serait question de sites de groupes de support ou aux sites internet des professions socialement légitimes dans la compréhension et dans le traitement du TDAH. Ces sites s'inscrivent en très grande majorité dans la compréhension du TDAH selon le paradigme biomédical. Ils peuvent légitimer le TDAH en tant que maladie neurologique ; légitimer l'usage de médicaments psychotropes ; offrir des listes de signes ou symptômes observables servant à dépister le TDAH ; et encourager la consultation médicale dans le cas où les individus observent ces symptômes (Ibid). Au Québec, on peut penser à des sites tels que celui de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec ou celui de l'Association québécoise des neuropsychologues. Au-delà des sites professionnels, il y a aussi l'information transmise par les médias, comme le site « www.sante.canoe.ca », par

exemple. En effet, j'y ai facilement trouvé un article ayant les sous-titres suivants « Médicaments pour le TDAH » ; « Comment fonctionnent les médicaments pour traiter le TDAH » ; « Faits et mythes au sujet du TDAH » et « Prise en charge des symptômes du TDAH de votre enfant » (sante.canoe.ca, 2018). Cet article s'inscrit dans le paradigme biomédical et neurologique, alors qu'on mentionne qu'il s'agit d'un trouble de développement des neurotransmetteurs (noradrénaline et dopamine). L'usage de médicaments psychotropes y est expliqué et légitimé, notamment dans la section « Faits et mythes au sujet du TDAH », dans laquelle une affirmation est associée à un fait ou à un mythe : « Les médicaments sont un élément important du traitement du TDAH. [C'est un] Fait. Les médicaments sont importants pour le traitement du TDAH » (sante.canoe.ca, 2018). L'article continue cependant en nuance, alors qu'on précise que le médicament psychotrope ne représente pas l'unique stratégie de traitement et qu'il doit être associé à des stratégies psychologiques, pédagogiques et sociales. Un problème, concernant une telle situation, est toutefois soulevé par la Commission de l'éthique de la science et de la technologie :

Pourtant, les informations relayées par les médias de masse ne sont pas toujours présentées dans une perspective d'analyse critique. En effet, elles insistent plus sur les bénéfices escomptés que sur les risques possibles, et les détails relatifs à la méthodologie des essais cliniques sont souvent peu rapportés. Le ton est généralement enthousiaste, peu critique, et il soulève rarement des enjeux éthiques. (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009, p. 34)

De plus, il y a lieu de se questionner sur l'influence des compagnies pharmaceutiques sur la publication de tels articles, dans la mesure selon laquelle l'industrie pharmaceutique est une source de revenus importante pour les médias. Ce type d'article pourrait-il être une manière de contourner la loi canadienne qui empêche les compagnies pharmaceutiques de faire la promotion directe de leurs produits ? Sinon, il y a aussi l'accès possible à des blogues, dans lesquels l'information n'est pas vérifiée comme valide, alors qu'elle s'appuie sur le vécu d'individus. Finalement, le peu de données indique un grand besoin de recherche afin d'interroger les sources d'acquisition de connaissances à l'égard du TDAH chez les enseignants québécois.

1.5 Les objets de recherche potentiels et la question générale de recherche

Une question générale de recherche émerge, au regard des informations contenues dans la recension des écrits sur la construction sociale du TDAH et des principales constatations qui s'en dégagent. Avant d'arriver à cette question, voici une synthèse de cette réflexion en fonction de l'ordre selon lequel les idées sont apparues lors de la discussion préalable, alors qu'il y a :

- une conception encore presque exclusivement médicale du TDAH et une réponse presque exclusivement pharmacologique comme traitement, malgré de nombreuses nuances à tenir en compte ;
- de nombreuses disparités dans les processus diagnostiques selon les responsables et les contextes de la prise en charge ;
- de nombreux acteurs (parents, professionnels scolaires, médecins) prenant part au processus diagnostique du TDAH, et un manque de connaissance à l'égard de ce « système social diagnostic » ;
- la présence d'une subjectivité, parfois très importante, dans les processus diagnostiques, qui peut être adossée dans une certaine mesure sur des représentations collectives normatives et sur des comparaisons normatives entre les élèves ;
- de nombreuses incertitudes et inquiétudes concernant les conséquences d'une prise de médication psychostimulante à moyen ou long terme sur la santé des usagers ;
- des limites et des incertitudes en lien avec les effets positifs de cette médication dans la vie des usagers ;
- une augmentation significative de prévalence du TDAH et de la prescription de la médication psychostimulante en Occident, mais surtout au Québec, qui se démarque d'une manière extraordinaire du reste du Canada ;
- des tendances statistiques permettent d'observer que des facteurs sociaux, non considérés dans la plupart des évaluations diagnostiques, influencent la prévalence du trouble et de son traitement ; permettant donc de faire l'hypothèse d'une situation de surdiagnostics et de surprescription ;

- des débats sociaux et médiatiques sur le TDAH et sur la médication qui révèlent une ambiguïté scientifique et morale au sein de la population et au sein des spécialistes de diverses disciplines, incluant des membres du domaine médical ;
- un système scolaire dit inclusif qui semble ne pas offrir les ressources pour adapter l'école aux jeunes et, donc, qui semble adapter les jeunes à l'école, selon l'idée d'une certaine normativité ;
- des recherches antérieures qui affirment la dominance du paradigme médical dans la socialisation professionnelle institutionnelle des éducateurs québécois à l'égard des difficultés scolaires, mais qui font aussi état d'un manque de connaissances scientifiques à cet égard ;
- des recherches antérieures qui affirment une forte présence du schème interprétatif médico-psychologique chez les éducateurs au Québec, mais qui font aussi état d'un manque de connaissances scientifiques à cet égard ;
- des recherches antérieures qui affirment une grande influence des professionnels de l'enseignement dans toutes les étapes du processus diagnostique, mais qui font aussi état d'un manque de connaissances scientifiques à cet égard.

Pour l'ensemble de ces raisons, je souhaite enrichir la réflexion par une compréhension sociologique de la construction normative du TDAH, des influences sociales et des dynamiques d'acteur qui la sous-tende.

Dans cet ordre d'idées, il semble intéressant d'acquérir des connaissances sur les interprétations et les participations de professionnels de l'éducation dans les différents types de processus diagnostique du TDAH et cela, du moment du dépistage d'une difficulté scolaire et/ou comportementale, jusqu'au moment où un diagnostic officiel est posé et qu'il y a prescription de médication psychostimulante. Les écrits recensés dans ce chapitre permettent de comprendre plus en profondeur la participation des éducateurs au processus diagnostique et au traitement du TDAH. Grâce à ces travaux, il apparaît que la compréhension de la participation des éducateurs au TDAH passe aussi impérativement par la compréhension du monde social à l'intérieur duquel le trouble prend place, du

processus diagnostique tout entier, de la place qu'ils occupent à l'intérieur de celui-ci et des interactions qui s'y produisent.

Tel qu'écrit dans l'avis *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Collin et coll. (2015) mentionnent qu'il y a « un ensemble d'éléments qui entourent le contexte de la consultation médicale, c'est-à-dire l'histoire relationnelle entre médecins et patient [qui] doit être prise en compte pour arriver à cerner véritablement les problèmes liés à la prescription de médicaments » (p. 16). Si ces chercheurs insistent surtout sur l'importance de conduire des recherches qualitatives sur la relation entre le patient et le médecin, il semble que, dans le cas du TDAH chez les enfants d'ordre primaire, il est tout aussi pertinent d'examiner la participation, formelle ou informelle, des professionnels de l'éducation dans ce contexte de prise en charge médicale. Des professionnels qui peuvent agir comme des « responsables » de la santé de l'enfant. Ce choix s'est fait grâce aux écrits, médiatiques et scientifiques, qui affirment le rôle central qu'ont les éducateurs tout au long du processus diagnostique. Pour ce qui est du niveau primaire, ce choix a aussi été fait grâce à la littérature, alors que les diagnostics sont majoritairement posés au primaire (INESSS, 2017). Ce terrain semble donc très intéressant à explorer de manière sociologique. C'est ainsi que j'en suis arrivé à la question générale suivante :

Comment les membres de l'écologie scolaire, en interactions entre eux et avec ceux du domaine médical, participent-ils, d'un point de vue sociologique, au processus diagnostique du TDAH chez un élève d'ordre primaire ayant des difficultés ?

Les connaissances que j'ai présentées lors de cette discussion appuient l'importance de traiter du TDAH d'une nouvelle manière et c'est pourquoi ce mémoire est novateur, alors qu'il propose d'éclairer le TDAH en l'observant comme étant le résultat d'une construction sociale. Ce qui implique de l'observer à travers des connaissances, des pratiques, des situations quotidiennes et des interactions, notamment en plaçant un groupe professionnel (les enseignants d'ordre primaire) au centre de l'observation. La caractéristique qui se distingue dans ce mémoire est celle de l'analyse du phénomène qui sera proposée pour traiter ces observations, alors que la problématique m'a inspiré à faire une recherche conceptuelle et à construire une conceptualisation sociologique inédite pour traiter l'objet

du TDAH comme construction sociale. Celle-ci s'opère autant à travers la prise en compte d'aspects macrosociaux agissant sur le groupe professionnel, qu'à travers une compréhension microsociale de nombreuses situations et interactions pouvant influencer leur participation dans processus diagnostique du trouble. En ce sens, placer les enseignants d'ordre primaire au centre de l'observation proposée ne signifie pas de ne s'intéresser qu'uniquement aux individus appartenant à ce groupe, mais plutôt de partir de ce groupe dans une logique d'interaction avec d'autres acteurs présents lors du processus diagnostique du TDAH. Par interactions, il s'agit principalement ici de celles avec l'enfant et ses parents, avec les autres professionnels scolaires et avec l'institution de l'école, avec le domaine médical, mais aussi avec la société tout entière, c'est-à-dire en interactions avec toute potentielle socialisation aux normes, aux valeurs et aux fonctionnements de cette société et de différents groupes sociaux qu'elle comporte. Ce mémoire vise donc à élaborer une conceptualisation qui permettrait d'aborder cette question générale de recherche de manières sociologiques.

2 Chapitre 2. Une conceptualisation sociologique

Nous avons étudié certaines caractéristiques générales des déviants [...] Il est temps maintenant d'envisager l'autre terme de la relation, c'est-à-dire les gens qui élaborent et font appliquer les normes auxquelles ces déviants ne se conforment pas. [...] En règle générale, pour faire respecter les normes, il faut que quelque chose déclenche le processus. C'est cela qui doit donc être expliqué.

(Becker, 1985, p. 145).

Ce chapitre propose un panorama d'écrits sociologiques, desquels sont extraits et mis en liens les principaux concepts mobilisés pour éclairer la construction sociale du TDAH. Ceux-ci sont présentés, définis et assemblés, afin d'en arriver à une nouvelle construction conceptuelle qui servira non pas à comprendre le déviant (le jeune TDAH), mais à comprendre les processus sociaux qui mènent à appliquer l'étiquette de déviant. La conceptualisation est divisée en six sections, qui représentent les six « étapes » de construction de celle-ci, alors que les sections sont divisées en fonction de groupes conceptuels. Tout au long de ce chapitre, la conceptualisation se construira au fil des sections (« étapes »). À la fin de chaque section sera présentée la figure imageant l'évolution de la conceptualisation.

Pour ce qui est de la première section, il est d'abord brièvement question des concepts de norme et de valeurs, avant d'en arriver au concept d'anomie. Concept que Durkheim, un des fondateurs de la sociologie, nous a fait connaître, notamment, avec son ouvrage *Le suicide*⁶⁷. Ce concept est en lien étroit avec le degré de cohésion sociale et d'intégration sociale des individus à la société. Il a d'ailleurs été repris par Merton, dans la perspective d'une sociologie fonctionnaliste de la déviance, alors que l'anomie serait le résultat d'une société qui ne parvient pas à offrir des idéaux (besoins des désirs) qui entrent en accord avec les moyens mis à la disposition des individus pour y parvenir (Otero et Collin, 2015 ; Prosser, 2015 ; Richard, 2014).

Dans la deuxième section, il est question de trois concepts théoriques centraux pour bien situer le TDAH dans la perspective sociologique qui sous-tend la présente recherche, c'est-à-dire les concepts d'individualisation, de médicalisation et de pharmaceuticalisation. Ces concepts permettent de comprendre les processus sociaux qui ont conduit à responsabiliser

⁶⁷Il a introduit le terme dans son ouvrage *De la division du travail* (1893).

l'individu pour leurs problèmes, à voir ces problèmes comme d'ordre médical et à accepter que le traitement en soit un d'ordre pharmacologique.

La troisième section, notamment à l'aide des travaux du chercheur français Morel, reprend le concept de schème interprétatif. Il permet principalement d'observer le cadre de référence des enseignants (connaissances, idéologies), qui est aux fondements de l'interprétation de la réalité et de la définition de la situation de ceux-ci.

Dans la quatrième section, il est question des concepts de socialisation professionnelle, de convention (Becker, 1982) et d'intentionnalité (Lyotard, 2011). S'il est pertinent d'interroger les schèmes interprétatifs des enseignants au Québec, il semble tout aussi pertinent de chercher à identifier les processus d'appropriation de ces schèmes, c'est-à-dire de se questionner sur les contextes influençant cette appropriation des savoirs, des normes, des valeurs, des codes, des symboles et des rôles, ceux-ci étant privilégiés, ou imposés par leur groupe de référence ou par celui d'appartenance. Il est aussi important de chercher à identifier la solidification de ces savoirs comme conventions professionnelles ; solidification, dans le sens selon lequel les conventions peuvent ne pas être « figées », alors qu'elles sont souvent en constante négociation entre les acteurs professionnels.

La cinquième section sert à intégrer des concepts clés de la sociologie interactionniste de la déviance de Becker (1963), soit ceux d'entrepreneur de morale, d'étiquetage et d'*outsider*. Dans son ouvrage *Outsiders*, l'auteur n'explique pas la déviance en s'intéressant simplement à l'individu déviant ou à l'acte déviant. Il s'appuie plutôt sur le postulat que c'est la norme qui rend une action théoriquement déviante et que c'est l'application de cette norme par un individu qui rend l'action empiriquement déviante. Ainsi, un individu n'est pas objectivement déviant, mais sa déviance dépend de la norme, socialement et historiquement située, ainsi que du choix de l'appliquer (choix subjectif) par les entrepreneurs de moral. De fait, la déviance « n'existe pas » socialement si elle n'est pas créée, découverte et dénoncée. Ces trois étapes étant conduites pas des individus « responsables » (formellement ou informellement) de créer et/ou de faire respecter la norme : c'est-à-dire qu'il n'y a pas de déviance sans entrepreneur de morale (responsable de créer et/ou d'appliquer).

La sixième section présente les concepts de biosocialisation et d'actant, qui permettent d'analyser sociologiquement le rôle social du médicament dans le traitement du TDAH.

Finalement, une réflexion viendra clore le chapitre.

2.1 Les concepts d'idéal, de norme, de valeur et d'anomie

L'idée de fonder une conceptualisation sur le concept d'anomie a d'abord émergé de la lecture de l'étude qualitative québécoise de Doré et Cohen (1997), présentée plus tôt (cf. section 1.4.2.1). Pour faire un bref rappel, cette recherche en vient à la conclusion que « les enseignants et non les médecins, apparaissent comme le moteur de la médication » (Doré et Cohen, 1997, p. 216), mais que ces mêmes enseignants « soulignent les difficultés de leur tâche et le manque d'encadrement psychosocial à l'école » (Ibid). De plus, les commentaires obtenus par les chercheurs proposent que chaque répondant de l'étude (cinq parents, deux pédiatres et une médecin omnipraticienne) « voudrait agir différemment, mais n'a pas d'autres choix que d'opter pour la médication » (Ibid). Il s'agit d'une affirmation forte de sens qui, selon moi, correspond à un haut taux d'anomie. Elle s'est ensuite concrétisée en lisant Morel (2014, cf. section 1.4.1.3.1) qui explique comment l'appropriation et l'utilisation d'une solution (la médication psychostimulante dans le cas de ce mémoire) viennent répondre à une fonction, donc à un idéal en relation avec les moyens d'y arriver.

C'est ainsi que l'application du concept d'anomie (Durkheim, 1897), à la situation du TDAH, semble être une piste intéressante à suivre. Tel qu'il le sera présenté à la sous-section 2.1.3., l'anomie représente un état social selon lequel les idéaux (objectifs, normes, valeurs, buts, attentes) ne sont pas en concordance ou en accord avec les moyens légitimes d'atteindre ces idéaux. Dit autrement, l'identité sociale serait liée à des idéaux sociaux prescrits et le degré d'anomie serait un état social qui caractérise cette relation entre ces objectifs sociaux et les moyens légitimes disponibles d'y arriver. Un fort degré d'anomie correspond à des idéaux trop élevés comparativement aux moyens offerts pour y parvenir. Ce qui peut créer, comme il le sera présenté, des conséquences telles que la déviance ou le suicide (Durkheim, 1897 ; Merton, 1965, Prosser, 2015).

Revenant aux conclusions de Doré et Cohen (1997), elles peuvent aussi être résumées de cette manière :

- minimalement un objectif social est très important à atteindre, du moins assez important pour médicamenter un enfant, alors qu'ils mentionnent « ne pas avoir le choix » ;
- les acteurs affirment ne pas avoir les moyens d'atteindre cet objectif ou ces objectifs sans utiliser la médication psychostimulante, même s'ils voulaient agir autrement.

Ces écarts entre les objectifs sociaux prescrits et les moyens légitimes socialement offerts pour y arriver, peuvent donc soutenir l'hypothèse d'une situation de haut degré anémique, à l'époque de la recherche, dans le domaine de l'éducation. Ainsi, l'utilisation du concept d'anomie, dans le cadre de ce mémoire, semble pertinente vu la relation entre le TDAH et les idéaux scolaires, alors que le trouble est, sociologiquement, entre autres, une étiquette issue de l'impossibilité de certains individus à atteindre les idéaux scolaires avec les moyens légitimes offerts pour y parvenir.

Le concept d'anomie nécessite d'être expliqué plus en profondeur, mais pour bien le comprendre, il est nécessaire, préalablement, de présenter aussi les concepts d'idéal (Durkheim, 1894), de norme et de valeur. Il en va de soi, puisque l'anomie est un état social (il y a des degrés d'anomie dans la société) dépendant des idéaux et donc des normes et des valeurs sociales en vigueur (ce sont ces concepts qui influencent le degré d'anomie dans la société). Intrinsèquement liés aux concepts de norme et de valeur, les concepts d'idéal et d'anomie sont centraux dans la sociologie durkheimienne, en lui ayant notamment servi à identifier à plusieurs reprises ce qu'il nommait être un « fait social » (Ibid). S'inscrivant dans un paradigme positiviste, le fondateur de la sociologie française cherchait précisément à identifier des faits sociaux qui sont, selon lui, des « choses » extérieures à l'individu et qui agissent sur lui presque au même titre que des lois naturelles. Selon cette perspective, tout objet de connaissance qui nécessite qu'un individu « sorte de lui-même » pour le comprendre, c'est-à-dire qui nécessite l'observation et/ou l'expérimentation, serait pour ainsi dire une chose, un fait social extérieur à l'individu, puisque ce dernier n'en avait pas conscience avant d'y avoir accédé par une méthode sociologique (Baudrillard et coll., 1998). Dans le cadre de cette recherche, le concept d'anomie n'est pas utilisé comme fait social dans le même sens que Durkheim. Il permet simplement de conceptualiser cette relation entre idéaux et moyens d'y parvenir, tout en

tenant compte qu'un haut degré d'anomie est une situation sociale difficile pour des individus de cette société.

2.1.1 Les concepts d'idéal, de norme et de valeur

En premier lieu, voyons comment les idéaux et les pratiques religieuses s'insèrent dans ce que Durkheim qualifie de « fait social ». Dans *Les règles de la méthode*, Durkheim (1894) utilise plusieurs fois les croyances et les pratiques religieuses. Il identifie d'abord ces croyances et ces pratiques religieuses comme des « choses » qui font partie de l'individu, mais qui existaient avant lui, c'est-à-dire comme des choses qui « existent en dehors des consciences individuelles » (Durkheim, 1894 [2002], p. 18). Plus tard, dans *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*, Durkheim (1912) établit la source de la réalité religieuse dans la conscience collective de la société elle-même, dans la mesure selon laquelle la divinité est une forme symbolique sous laquelle l'individu adore sa société. La société étant la source de la vie religieuse, il identifie le culte religieux comme le moteur de transmission des forces morales qui la composent. Pour l'individu, c'est cette transmission de ces forces morales, composant la société, qui « l'élève au-dessus de lui-même : c'est même elle qui le fait » (Durkheim, 1912, p. 395). Il s'agit ici du concept d'idéal, qui est essentiel dans l'analyse de Durkheim. En effet, il l'identifie, chez l'individu, comme étant une « condition de son existence » (Durkheim, 1912, p. 399) en tant qu'être social, en tant qu'homme. Suivant ce postulat, il explique que la société est basée sur des idéaux et que ces idéaux sociaux font partie du « Dieu » que cherchent les croyants. Une fois ces idéaux identifiés arrive le « culte », c'est-à-dire les pratiques par lesquelles l'idéal se transpose en actions concrètes communes et s'insère empiriquement dans le vécu de l'individu. En s'insérant dans le vécu, la conscience collective s'inscrit chez l'individu et cet individu intègre à son tour la vie collective. Donc, en ayant une existence collective extérieure à l'individu, qui se manifeste par des représentations et des actions, tout en ayant un pouvoir coercitif sur la vie individuelle en la guidant vers des manières d'être et des manières de faire collectives (Durkheim, 1892 [2002]), l'idéal est un concept central de certaines analyses sociologiques.

Plus tard dans sa carrière, dans *Éducation et sociologie*, Durkheim (1922) définit l'éducation comme étant :

l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné. (Durkheim, 1922 [2002], p. 10)

Afin d'identifier la source de cette action, ainsi que le but de l'action d'éduquer, Durkheim utilise son concept de l'idéal, emprunté dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Cette notion de l'idéal ne semble pas moins importante au plan de l'éducation qu'elle ne l'était au sein de l'analyse de la vie religieuse :

Il résulte de ces faits que chaque société se fait un certain idéal de l'homme, de ce qu'il doit être tant au point de vue intellectuel que physique et moral ; que cet idéal est, dans une certaine mesure, le même pour tous les citoyens ; qu'à partir d'un certain point il se différencie suivant les milieux particuliers que toute société comprend dans son sein. C'est cet idéal, à la fois un et divers, qui est le pôle de l'éducation. Elle a donc pour fonction de susciter chez l'enfant : un certain nombre d'états physiques et mentaux que la société à laquelle il appartient considère comme ne devant être absents d'aucun de ses membres ; certains états physiques et mentaux que le groupe social particulier (caste, classe, famille, profession) considère également comme devant se retrouver chez tous ceux qui le forment. (Ibid, p. 9)

La notion de l'idéal étant « le pôle » de l'éducation pour Durkheim, ce concept est central dans la conceptualisation de cette recherche, alors qu'il semble qu'on ne peut comprendre le TDAH empirique sans s'intéresser aux idéaux du système d'éducation et/ou aux idéaux sociaux en général. Finalement, ce concept d'idéal implique directement les concepts de norme et de valeur, qui font « partie du vocabulaire classique de la sociologie contemporaine et [qui] tendent à y occuper une place centrale » (Baudrillard et coll., 1998). Pour ce qui est du concept de norme (cf 1.1.1.8), celui-ci est directement lié au concept d'idéal, alors que l'éducation est une institution majoritairement fondée sur des idéaux normatifs.

2.1.2 Le concept d'anomie précisé

Durkheim change la formulation de son sujet de thèse en 1884 et se pose la question suivante : « Comment se fait-il que, tout en devenant plus autonome, l'individu dépende plus étroitement de la société ? » (Steiner, 1994 [2018], p. 17). Ainsi, dans sa thèse de Doctorat, intitulée *De la division du travail social*, Durkheim (1893) dévoile des différences structurelles entre la société traditionnelle et la société moderne. Il décrit ainsi la société traditionnelle comme un ensemble organisé de croyances et de sentiments communs, avec une faible individualisation et un rapport direct entre l'individu et le groupe

(Steiner, 1994 [2018]). Durkheim associe la société traditionnelle à un type de solidarité mécanique entre les individus, c'est-à-dire une solidarité « qui va de soi » due à leurs similitudes et qui implique une conscience collective intégrant fortement l'individu au groupe (Cherkaoui, 1997). D'un autre côté, il décrit la société moderne comme un système de fonctions spéciales unies par des rapports définis, avec une forte individualisation et un rapport indirect de l'individu à la société par l'intermédiaire de groupes spécialisés (Steiner, 1994 [2018]). Durkheim associe la société moderne à un type de solidarité organique, c'est-à-dire une solidarité d'interdépendance due à la division du travail (spécialisation des professions) et qui implique notamment « l'effacement progressif de la conscience collective, l'émancipation de l'individu et son intégration grâce à des institutions modernes telle l'école » (Cherkaoui, 1997, p. 241). Une solidarité organique réfère à l'image d'un corps humain, dans lequel tous les organes ont une spécialisation qui les différencie, mais dans lequel ils sont aussi tous interdépendants du bon fonctionnement des autres organes. Le rapport entre l'individu et sa société restera, tout au long de l'œuvre de Durkheim, au centre de sa réflexion sociologique (Ibid).

Le mot « anomie », même s'il est apparu au XVI^e siècle (Baudrillard et coll., 1997), est devenu un concept sociologique important grâce à Durkheim, qui l'utilise d'abord systématiquement dans sa thèse de doctorat, *De la division du travail social* (Baudrillard, 1997). L'anomie est une situation qui apparaît assurément, à différents degrés, à l'intérieur d'une société moderne et du type de solidarité organique. Je fais référence à des degrés d'anomie puisqu'il s'agit d'un concept idéal typique, qui permet d'identifier une condition sociale où il y a une faible cohésion sociale et/ou une faible intégration d'individus à la société. Idéal typique, puisque l'anomie complète n'existe pas, alors que « l'anomie absolue serait la négation de toute solidarité » (Chazel, 1967, p. 151). Tout autant qu'une société moderne sans aucun degré d'anomie serait impossible, car elle supposerait une solidarité totale (Durkheim, 1897). Toutefois, un haut degré d'anomie pourrait avoir comme conséquences la déviance ou le suicide (Durkheim, 1897 ; Prosser, 2015). En effet, cinq ans après la publication de sa thèse, Durkheim (1897) publie son livre *Le suicide*, qui tente d'expliquer l'acte le plus personnel qui soit celui de s'enlever la vie d'une manière sociologique. Il en arrive à identifier cinq différentes catégories sociologiques de suicide, dont le suicide anémique. On peut simplifier de cette recherche que le suicide anémique,

d'un point de vue sociologique, dépendrait de deux variables sociales : l'intégration sociale et la régulation sociale (Besnard, 1997).

Dans le premier de deux cas d'anomie, elle peut être le résultat de changements sociaux rapides qui viendraient perturber les normes sociales et qui plongeraient les individus dans une absence de normes, ou du moins à une difficulté à se référer et/ou s'identifier celles-ci (Durkheim, 1897 ; Lebaron, 2014 ; Prosser, 2015). Il s'agit d'une situation de confusion issue de normes inatteignables, puisqu'elles sont imprécises, floues, inconnues, ou bien parce qu'on ne s'identifie pas à elles.

Dans le deuxième cas, plus pertinent dans le cadre du TDAH, l'anomie peut être la conséquence d'une condition sociale dans laquelle les besoins et/ou les désirs sociaux (idéaux sociaux) de l'individu ne sont pas en harmonie avec les moyens de parvenir à ces idéaux. Par exemple, on peut penser à une situation sociale dans laquelle les rétributions ne sont plus conformes au système normatif, c'est-à-dire où l'individu n'obtient plus ce qu'il devrait obtenir (ou ce qu'il a déjà obtenu dans le passé) par sa conformité à la norme. Durkheim fait une distinction entre les besoins vitaux et les besoins sociaux (qui peuvent aussi être des désirs), alors que l'individu aurait aussi des besoins et des désirs socialement construits et socialement régulés. Au contraire des besoins vitaux qui peuvent être considérés comme biologiquement satisfaits, les besoins et/ou désirs sociaux peuvent être infinis et insatiables, dépendamment du contexte social. De plus, si ces besoins et ces désirs sont socialement construits, les moyens légitimes d'y parvenir le sont tout autant. Selon Durkheim, la société devrait être l'institution morale servant à réguler les idéaux autant que les moyens légitimes d'y parvenir, pour qu'ils soient en accord. L'anomie serait donc le résultat d'une société qui ne parvient pas à réguler les idéaux (besoins ou désirs) sociaux pour qu'ils entrent en accord avec les moyens disponibles aux individus pour y parvenir, ou vice-versa, alors que c'est aussi le rôle de la société d'offrir les moyens d'atteindre les idéaux qu'elle met de l'avant et valorise. En effet, Durkheim explique que l'homme peut facilement se laisser envahir par des désirs insatiables et inaccessibles. Il doit donc y avoir une « puissance régulatrice » (Durkheim, 1897) supérieure à l'individu. Donc « une autorité qui les dépasse, c'est-à-dire par l'autorité collective » (Ibid, p. 115), qui puisse avoir l'autorité de modérer ces aspirations irréelles. Sinon, nous trouvons alors des degrés différents d'anomie au sein du social. Il est pertinent de mentionner que cette autorité

collective n'est pas nécessairement le gouvernement, puisque Durkheim lui-même, en s'attardant à l'économie industrielle, mentionne que « le pouvoir gouvernemental, au lieu d'être le régulateur de la vie économique, en est devenu l'instrument et le serviteur » (Ibid, p.120).

Ce concept est intéressant pour analyser le phénomène du TDAH dans cette relation entre l'idéal de l'éducation, tant sur le plan des comportements attendus que sur celui de la performance académique, en comparaison aux moyens légitimes d'y parvenir qui sont offerts par la société (et par le système d'éducation). C'est pourquoi la société moderne telle que caractérisée par Durkheim, ainsi que l'anomie qu'elle présuppose à différent degré, sont les deux concepts de départ de la conceptualisation sociologique de ce mémoire, comme il l'est illustré plus loin (cf. section 2.1.3). Pour la suite, voyons comment le concept d'anomie a été un des fondements de la sociologie fonctionnaliste de la déviance.

2.1.2.1 *Les réactions sociales possibles à l'anomie selon Merton*

La sociologie fonctionnaliste vise à comprendre la société à partir de son fonctionnement, c'est-à-dire à identifier et analyser les processus sociaux à partir des fonctions (conscientes et inconscientes) remplies et/ou visées par les individus, les groupes d'individus et les institutions. Dans son étude théorique *Structure sociale, anomie et déviance*, Merton part du postulat (semblable à celui de ce mémoire) que la perspective biologique « n'explique pas pourquoi la fréquence du comportement varie avec les structures sociales ni pourquoi les déviations ne prennent pas la même forme dans toutes les sociétés (Merton, 1965, p. 167). Son schéma d'interprétation fonctionnaliste vise ainsi à identifier les fonctions que remplissent les structures sociales sur la déviance. Il s'agit d'une « analyse des sources sociales et culturelles de la déviance » (Merton, 1965, p. 168), alors qu'il cherche à découvrir comment des structures sociales poussent des individus à choisir la déviance plutôt que le conformisme. Il s'agit d'identifier comment ces structures font de la déviance sociale une réponse « normale » (à laquelle on peut s'attendre) de la part des individus (Merton, 1965). Cette perspective remet donc en question l'anormalité biologique et/ou psychologique des individus déviants. Mais aussi l'anormalité de la déviance elle-même, alors que le non-respect des normes et conventions serait, dans certains contextes sociaux, une réponse tout à fait normale.

Reprenant le concept d'anomie de Durkheim, Merton (1965) insiste d'abord sur l'importance des objectifs légitimes (ou idéaux selon Durkheim), comme un premier élément de la structure sociale à tenir en compte dans le cas de la déviance. Ces objectifs sont en lien avec les valeurs sociales et déterminent les modèles pour vivre en société. Puis, pour second élément de la structure sociale à tenir en compte, il insiste sur une définition et un contrôle des moyens « légitimes » pour atteindre ces objectifs (Ibid). L'équilibre social serait ainsi maintenu tant et aussi longtemps que les individus obtiendraient satisfaction d'un équilibre entre les objectifs sociaux et les moyens légitimes disponibles pour y parvenir (Ibid).

Merton (1965) observe que la société peut fortement intégrer ces objectifs (idéaux) à l'intérieur des consciences. D'ailleurs, il note trois axiomes de la société occidentale : « *premièrement*, tous doivent tendre à atteindre les buts les plus élevés, car ceux-ci sont à la portée de tous ; *deuxièmement*, l'échec apparent et momentané n'est qu'un stimulant vers le succès final ; et *troisièmement*, le véritable échec consiste à restreindre ses ambitions » (Merton, 1965, p. 175). Toutefois, le problème est que la structure sociale occidentale tend à ne pas intégrer aussi fortement l'importance de donner à tous des moyens légitimes d'y parvenir, dans les consciences de ceux responsables de le faire.

2.1.2.1.1 La typologie des modes d'adaptation individuelle de Merton

Si Durkheim avait établi qu'un trop grand écart, entre les objectifs et les moyens légitimes d'y parvenir, pouvait mener au suicide, Merton propose plutôt une typologie d'adaptations potentielles des individus à cet écart. Il faut noter qu'il s'agit de cinq idéaux types qui servent à rassembler des réactions types à l'anomie, alors qu'un individu n'appartient pas à une seule catégorie au cours de sa vie, ou même, possiblement parfois lors d'une simple journée de sa vie. Pour illustrer ces types d'adaptation, j'expose l'exemple aussi présenté par Merton, soit celui du succès financier. Voici la typologie de Merton d'adaptation à une structure sociale anémique (Merton, 1965) :

Réactions à l'anomie (Merton)	Définitions	Exemples
Conformisme	Acceptation des objectifs sociaux prescrits et acceptation des moyens légitimes normatifs d'y parvenir, malgré la grande difficulté voire l'impossibilité d'y parvenir pour certains (anomie). Il s'agit de l'adaptation la plus répandue et qui permet la stabilité et la continuité de l'ordre social. Des conséquences négatives peuvent être une constante insatisfaction de sa situation et/ou une tendance à se blâmer soi-même ou à blâmer son entourage pour ne pas atteindre ses objectifs. Peut mener à des types de déviations liés à la maladie mentale (dépression, anxiété, etc.).	Objectif social prescrit (accepté) : Richesse. Moyen légitime normatif d'y parvenir (accepté) : Études et travail. Anomie : Ne permets majoritairement jamais d'atteindre la richesse.
Innovation	Acceptation des objectifs sociaux prescrits (conformisme aux idéaux), mais en refusant et en déviant des moyens légitimes normatifs d'y parvenir (puisque'elle ne le permet pas vu le degré d'anomie) et en cherchant plutôt les moyens les plus efficaces d'y accéder malgré la légitimité douteuse, l'illégitimité ou l'interdiction de ces moyens. Des conséquences négatives liées à ce mode d'adaptation sont majoritairement la déviance, notamment la déviance criminelle, ainsi que des répercussions négatives sur les autres individus et sur la société. Toutefois, cette déviance peut aussi, à l'occasion, conduire à la réformation d'un nouveau moyen légitime normatif de parvenir aux objectifs.	Objectif social prescrit (accepté) : Richesse. Moyen légitime normatif d'y parvenir (refusé) : Études et/ou travail Nouveau moyen illégitime d'y parvenir : délits d'initié / fraude / jeux de hasard / voler une banque / trafic de drogue, prostitution, etc.
Ritualisme	Refus, abandon et rabaissement des objectifs sociaux prescrits, jusqu'au point auquel les aspirations peuvent être satisfaites, mais acceptation des moyens légitimes normatifs dans une logique d'obéissance des normes de vie en société en places (conformisme aux normes d'actions). Des conséquences négatives de cette adaptation peuvent être le jugement des autres membres de la société qui, eux, valorisent les objectifs sociaux prescrits.	Objectif social prescrit (refusé) : Richesse. Nouvel objectif : Fuir les périls, l'anxiété et les frustrations liés à l'ambition. Se contenter. Ne pas viser trop haut pour ne pas être déçu. Moyen légitime normatif d'y parvenir (accepté) : études et/ou travail.
Évasion	Refus des objectifs sociaux prescrits et refus des moyens légitimes normatifs de vivre sa vie en société. Il s'agit donc d'un rejet total de la société, c'est-à-dire que ces individus sont	Objectif social prescrit (refusé) : Richesse.

	« dans », mais non pas « faisant partie de » la société. En ne partageant pas ni les objectifs ni les moyens légitimes normatifs, ceux-ci sont majoritairement incompris de la société. Des conséquences négatives de ce type d'adaptation sont des types de déviations légales, telles que l'oisiveté, la maladie mentale, l'alcoolisme et la toxicomanie, itinérance, etc., et/ou des types de déviations illégales.	<p>Nouvel objectif : consommer de l'alcool et des drogues.</p> <p>Moyen légitime normatif d'y parvenir (refusé) : études et/ou travail.</p> <p>Nouveaux moyens : Itinérance, prostitution, vols, etc. dans un but de consommer.</p>
Rébellion	Refus des principales valeurs aux fondements des objectifs sociaux prescrits et des moyens légitimes normatifs d'y parvenir, et introduction de valeurs nouvelles dans le but de mener vers une nouvelle structure sociale.	<p>Objectif social prescrit (refusé) : Richesse</p> <p>Nouvel objectif : communisme.</p> <p>Moyen légitime normatif d'y parvenir (refusé) : études et/ou travail</p> <p>Nouveau moyen : Révolution.</p>

Tableau 2 : La typologie des modes d'adaptation individuelle de Merton

2.1.2.1.2 La typologie des modes d'adaptation individuelle de Merton adaptée aux élèves d'ordre primaire

En partant de l'hypothèse de Durkheim que les sociétés modernes contiennent toujours un certain degré d'anomie, c'est-à-dire un certain écart entre les objectifs sociaux prescrits et les moyens légitimes d'y parvenir pour tous, il semble intéressant de chercher à analyser des situations sociales québécoises impliquant des situations de déviance à l'aide de cette perspective fonctionnaliste de la typologie de Merton. Ce mémoire s'intéresse à la situation d'élèves d'ordre primaire TDAH, considérés comme ayant un problème neurodéveloppemental (déviants). Ainsi, lorsqu'on a évalué leurs performances scolaires et/ou leur comportement, il semble pertinent d'analyser cette déviance sous l'angle d'une hypothétique anomie structurelle et, parallèlement, à des modes d'adaptation individuelle à cette anomie chez des enfants d'ordre primaire. Voyons ici s'il est possible d'identifier des comportements ou des situations, chez ces enfants, que l'on peut identifier à des tendances types d'adaptations s'inspirant de la typologie de Merton. N'oublions pas qu'il

s'agit d'une typologie hypothétique d'idéal type et que ces jeunes vont fort probablement plus tendre vers des types qu'appartenir complètement à ceux-ci. C'est pourquoi, dans ce mémoire, il sera question de tendances-types (tendance-conformisme, tendance-innovation, etc.). D'ailleurs, plutôt que d'identifier des « moyens légitimes normatifs » de parvenir aux objectifs, comme il s'agit d'enfant du primaire, il s'agit plus de « moyens qui sont attendus d'eux pour y parvenir ». De plus, Merton spécifie que ces types d'adaptation sont majoritairement inconscients et il va de soi que c'est de cette manière que ces tendances types doivent être appliquées sur des élèves d'ordre primaire. Non seulement ça, mais ces types doivent aussi être analysés par la réponse des parents à la situation, alors que les parents ont un grand impact sur la réponse de l'enfant d'ordre primaire. En ce sens, la typologie inclut des types de réactions d'enfants et des types de réactions parentales. Il faut préciser que ce n'est pas parce qu'un enfant a une réaction X que le parent réagirait aussi par type X. Voici donc la tentative d'une hypothétique typologie d'adaptation individuelle d'élèves d'ordre primaire à une structure sociale et/ou éducative anémique :

Réactions à l'anomie scolaire	Définitions <u>Objectifs scolaires prescrits</u> : S'instruire, se socialiser et se qualifier. Respecter les règles de comportement et faire les travaux demandés. <u>Moyens légitimes normatifs attendus d'eux</u> : Discipline, contrôle de soi, attention, effort, persévérance, compétences.
<p>« L'enfant bravo » et/ou le « parent compréhensif » (tendance-conformisme)</p> <p>Objectifs : acceptés Moyens : acceptés</p>	<p>Malgré les difficultés scolaires : acceptation des objectifs scolaires prescrits et acceptation des moyens légitimes normatifs qui sont offerts par la société et l'École.</p> <p>« L'enfant bravo » ne réussit pas toujours à atteindre les objectifs, dépendamment de plusieurs facteurs biologiques et environnementaux de l'élève, mais malgré tout, il continue de viser les objectifs sociaux prescrits et d'utiliser les moyens légitimes normatifs d'y parvenir. Le « parent compréhensif » accepte que la situation de difficultés scolaires de son enfant soit la responsabilité de l'enfant et/ou de sa responsabilité.</p> <p>Il s'agit du type d'enfant (et de parent) facile à gérer, qu'en général on apprécie avoir dans sa classe. Parallèlement à la typologie de Merton, il s'agit du type qui permet la stabilité et la continuité de l'ordre social.</p>

<p>« L'enfant aidez-moi » et/ou le « parent solution » (tendance-innovation)</p> <p>Objectifs : acceptés Moyens : refusés</p>	<p>Acceptation des objectifs scolaires prescrits, mais en cherchant (l'enfant et/ou ses parents) d'autres moyens d'y parvenir dès qu'il y a écart avec ces objectifs scolaires prescrits.</p> <p>Vu que la typologie de Merton concernait la population adulte et la déviance sociale, l'innovation telle qu'il la présente, c'est-à-dire comme un rejet de moyens disponibles légitimes et une utilisation de moyens illégitimes, ne s'applique pas dans le cas d'un enfant d'ordre primaire. Toutefois, l'innovation, ici, juge les moyens de base comme incomplets et cherche d'autres moyens supplémentaires, qui ne sont pas disponibles à tous.</p> <p>Exemples de moyens ajoutés pour atteindre les objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide au privé (ex. : orthopédagogue privé / tuteur) - Médication psychostimulante
<p>« L'enfant tranquille » et/ou le « parent non- académique » (tendance- ritualisme)</p> <p>Objectifs : Refusés Moyens : Acceptés</p>	<p>Relativisation et/ou rabaissement des objectifs scolaires prescrits (par l'enfant et ses parents), jusqu'au point auquel les aspirations peuvent être satisfaites. Tout de même une acceptation des moyens légitimes normatifs qui sont attendus d'eux dans une logique d'obéissance des normes scolaires en places.</p> <p>Ils peuvent souvent être « sous-réactifs » (Monzée, 2015), alors qu'ils peuvent passer pour des élèves sages vu qu'ils cachent bien leur rejet de l'École et qu'ils agissent selon les normes minimales</p> <p>Exemples de nouveaux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuir les périls, l'anxiété et les frustrations liés à l'ambition et à la réussite. Se contenter. Ne pas viser trop haut pour ne pas être déçu.
<p>« L'enfant désintéressé » et/ou « parent insouciant » (tendance- évasion)</p> <p>Objectifs : Refusés Moyens : Refusés</p>	<p>Refus des objectifs scolaires prescrits et refus des moyens légitimes normatifs qui sont attendus d'eux pour y parvenir (par les enfants). Il s'agit donc d'un rejet total du scolaire, c'est-à-dire que ces individus sont « dans », mais non pas « faisant parti de » la classe. En ne partageant pas ni les objectifs ni les moyens légitimes normatifs attendus d'eux pour y parvenir, ceux-ci sont majoritairement incompris du personnel scolaire, de leur propre famille et parfois des autres enfants et/ou parents de ces autres enfants. Dépendamment de comment se manifeste leur évacion, ils peuvent être catégorisés comme dérangeant l'ordre de la classe.</p> <p>Exemples de nouveaux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - improductivité, bouger, s'amuser, apprécier, réfléchir, créer, fuir <p>Exemples de nouveaux moyens utilisés :</p> <p>inattention, hyperactivité.</p> <p>* Cette tendance est celle qu'il faut associer majoritairement au TDAH</p>

<p>« L'enfant volcan⁶⁸ » et/ou le « parent anti-scolaire » (tendance-rébellion)</p> <p>Objectifs : Refusés</p> <p>Moyens : Refusés</p>	<p>Refus et contestation des principales normes et valeurs aux fondements des objectifs sociaux prescrits et des moyens légitimes normatifs d'y parvenir, et démonstration d'émotions et d'argumentations négatives à l'égard de la structure sociale et/ou scolaire actuelle.</p> <p>Exemple de nouveaux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contester, provoquer, détruire, invalider, gâcher. <p>Exemples de nouveaux moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - colère, violence, vulgarité, argumentation, contestation, etc. <p>* Cette tendance peut aussi être associée au TDAH, alors que, tel qu'il l'a été présenté dans la problématique, des enfants aux comportements difficiles peuvent être dirigés vers des processus diagnostiques de TDAH, vu la confusion entre hyperactivité et comportements confrontant et/ou difficiles.</p>
---	---

Tableau 3 : La typologie des modes d'adaptation individuelle adaptée aux élèves d'ordre primaire

2.1.3 La première étape de la conceptualisation

Pour donner suite à la présentation des concepts d'anomie, d'idéal, de norme et de valeur, ainsi que de la présentation de la typologie de Merton sur l'adaptation individuelle à l'anomie, que j'ai d'adaptée à la situation d'élèves d'ordre primaire, voici la première étape de la construction de la conceptualisation. Celle-ci s'appuie donc sur le postulat que le TDAH est un objet émergent d'une société moderne au sens de Durkheim, c'est-à-dire une société où la solidarité est organique et qui implique toujours un certain degré d'anomie, qui lui, varie selon certains aspects de la société à des moments précis. Le côté droit de la conceptualisation réfère aux concepts macrosociaux, tandis que le côté gauche réfère à la réaction microsociale à l'anomie.

⁶⁸ Terme emprunté à Joël Monzée, 2015.

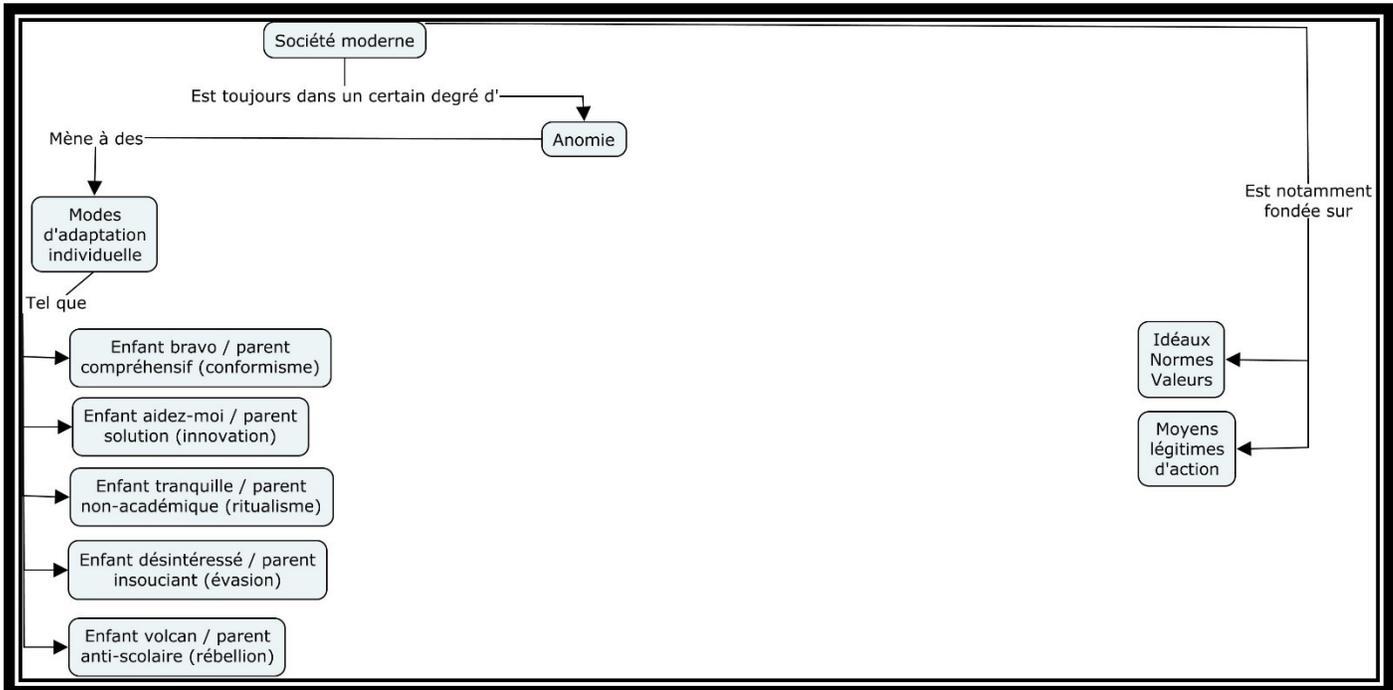


Figure 3 : première étape de la conceptualisation sociologique

2.2 Les concepts de représentations collectives, d'individualisation, de médicalisation et de pharmaceuticalisation

Pour donner suite au concept d'anomie, qui réfère à une situation socialement problématique, cette section présente quatre concepts qui permettent de comprendre, d'une perspective macrosociologique, comment un problème social peut être interprété socialement et comment il peut être pris en charge par des institutions responsables de le définir, l'identifier et de le traiter.

Tel qu'il l'a été présenté dans la problématique (cf. section 1.3.2), la société moderne occidentale tend à stigmatiser les déviants à la norme. Ceux-ci, ainsi que les autres membres de la société, cherchent à expliquer (définir / donner du sens à) cette déviance. C'est pourquoi le domaine médical, ainsi que l'institution pharmaceutique, dans une recherche bienveillante, mais aussi capitaliste, ont cherché à expliquer certaines déviances, notamment l'échec scolaire (Cohen, 1983 ; Collin et Suissa, 2007 ; Commission de l'éthique de la science et de la technologie 2009 ; Conrad et Leiter, 2004 ; Conrad, 2006). Ce faisant, de jeunes déviants, des parents tout autant stigmatisés, ainsi que l'institution scolaire, auraient accepté ces explications médicales, non pas seulement parce qu'on leur a expliqué qu'il en était ainsi, mais aussi parce que ces explications venaient répondre à

des besoins chez ces différents acteurs (Brice, 2009 ; Cohen et coll., 1999 ; Doré et Cohen, 1997). Voilà quelques raisons d'utiliser les concepts de représentations collectives, d'individualisation, de médicalisation et de pharmaceuticalisation.

En premier lieu, il sera question du concept de représentations collectives, initialement de Durkheim (1898), notamment en quoi il différencie celles-ci des représentations individuelles, ainsi qu'en quoi elles affectent la vie sociale. En deuxième lieu, j'annoncerai sur quel type de représentations collectives la conceptualisation sociologique se concentre. Principalement en présentant l'interprétation sociologique de Ryan (1971), qui explique comment la société occidentale contemporaine a une tendance à prendre un problème social et à responsabiliser l'individu victime du problème, c'est-à-dire comment on peut individualiser un problème social en blâmant ceux qui en souffrent plutôt que de blâmer la société et les processus sociaux aux fondements du problème. Ceux qui en souffrent devenant la cause du problème social et, donc, ceux sur quoi il faut socialement agir pour régler le problème en question. En troisième lieu, il sera question d'un concept référant à l'institution la plus puissante, dans la société occidentale contemporaine, pour légitimer l'individualisation de problèmes, notamment en les définissant et en les basant sur des connaissances scientifiques. Ce concept est celui de médicalisation, qui fait référence au processus entre l'identification d'une situation comme étant problématique, jusqu'à la définition de celle-ci comme étant un problème d'ordre médical et, donc, physique / biologique. En dernier lieu, le concept de pharmaceuticalisation vient compléter celui de médicalisation, puisqu'il réfère à la tendance sociale à accepter et légitimer le traitement d'un problème d'ordre médical par un traitement pharmacologique.

2.2.1 Les représentations collectives

Le concept de représentation sociale, notamment issu de la théorie psychosociale de Moscovici, a été très mobilisé dans des recherches québécoises passées (cf. section 1.4.2.2) pour aborder le lien entre TDAH et professionnels de l'éducation. Ainsi, cette conceptualisation ne peut passer outre un concept similaire à celui-ci. Comme elle se fonde déjà sur Durkheim, ce sera son concept de représentations collectives qui sera utilisé, lui qui est l'ancêtre de celui de représentation sociale (Orphalie, 2000).

En 1898, Durkheim propose « de différencier les représentations individuelles des représentations collectives afin de désigner la spécificité de la pensée sociale par rapport à

la pensée individuelle (Orphalie, 2000, p. 237). Selon Durkheim, les représentations collectives ont, premièrement, la fonction de base morphologique de la société (Steiner, 1994[2018]), puisqu'elles agissent comme fondement à celle-ci, tout en étant, deuxièmement, en mutation constante par les interactions entre les individus ou les groupes d'individus. Pour Durkheim, tout d'abord, le substrat d'une société, c'est-à-dire sa substance et son existence, est l'ensemble des individus de celle-ci (Durkheim, 1898). Toutefois, ceux-ci sont nés dans un système social qui les précédait. En ce sens, les représentations collectives agissent sur l'individu avant que les individus agissent sur elles. Ensuite, le système qu'ils forment, influencé par un grand nombre de facteurs (leur nombre, disposition, communication, etc.), constitue ce sur quoi s'élève la vie sociale (Ibid). La trame, ou le fond de ce système sont ces représentations collectives (Ibid). Ces dernières « se dégagent des relations qui s'établissent entre les individus ainsi combinés ou entre les groupes secondaires qui s'intercalent entre l'individu et la société totale » (Durkheim, 1898, p. 294). Ainsi, les représentations collectives sont « produites par les actions et les réactions échangées entre les consciences élémentaires dont est faite la société » (Ibid). Elles sont ainsi le produit des interactions (action-réaction) entre les individus. Ce qui est très intéressant, dans cet article du fondateur de la sociologie française, est que l'ensemble de son œuvre a été au fondement de la sociologie fonctionnaliste, qui est différente de la sociologie interactionniste. Pourtant, cet article montre la considération que Durkheim avait pour l'importance des interactions entre les individus. Pour revenir aux représentations collectives, ce qui les différencie des représentations individuelles est qu'elles sont extérieures aux consciences individuelles, parce qu'elles « ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours » (Durkheim, 1898, p. 295), donc de l'interaction entre eux. Si « chacun apporte sa quote-part » (Ibid), l'association des représentations, « par suite de ces combinaisons et des altérations mutuelles qui en résultent » (Ibid), devient « autre chose » et « la résultante qui s'en dégage déborde donc chaque esprit individuel, comme le tout déborde la partie » (Ibid). Par ailleurs, c'est ce type d'idées qui fait en sorte que le concept de représentation sociale s'inscrit sous une sociologie fonctionnaliste, alors que Durkheim affirme qu'après ces interactions, les représentations en viennent à déborder les consciences individuelles et, donc, à devenir des représentations collectives (Ibid).

Près de 15 ans plus tard, dans sa recherche *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Durkheim (1912) prend l'exemple de la religion pour expliquer sa double fonction sociale : « premièrement, elle a une fonction cognitive en fournissant une représentation de la nature et du social ; deuxièmement, à titre de forme transfigurée du social, elle a une fonction dynamique en orientant les conduites vers tel ou tel idéal » (Steiner, 1994 [2018], p. 89-90). Dans la société occidentale d'aujourd'hui, force est d'admettre que la religion a moins de pouvoir de représentation de la nature et du social et/ou d'orientation des conduites. Cependant, d'autres institutions ont assurément pris la place laissée par la religion. Il est donc important et intéressant de se questionner sur l'identité de celles-ci. Mais surtout sur les représentations de la nature et du social, et/ou sur les orientations des conduites, qu'elles ont fournies aux individus de notre société :

le monde nouveau qui est ainsi ouvert à la science dépasse tous les autres en complexité; que ce n'est pas simplement une forme agrandie des règnes inférieurs, mais que des forces y jouent qui sont encore insoupçonnées et dont les lois ne peuvent être découvertes par les seuls procédés de l'analyse intérieure (Durkheim, 1898, p. 302)

Un nouveau monde, avec de nouveaux règnes et de nouvelles forces qui étaient insoupçonnées au fondateur de la sociologie française et à son époque. Un nouveau monde, fondé sur des représentations collectives complexes, reste encore à découvrir aujourd'hui. Notamment par la sociologie qui, je pense, doit monter en abstraction et se risquer à la conceptualisation et à la théorisation, tout en testant ces modèles par l'analyse empirique, à des fins de validation, si elle veut augmenter ses chances de le comprendre de mieux en mieux.

Pour comprendre si le TDAH est en quelque sorte lié à un degré d'anomie trop élevé dans la société québécoise et, plus particulièrement, dans le système d'éducation, il faut essayer de comprendre comment ce degré d'anomie (inconscient) serait interprété socialement. Pour ce faire, il convient de s'intéresser aux représentations collectives et, plus précisément, celle ayant un impact majeur sur le TDAH, soit l'individualisation des problèmes sociaux.

2.2.2 L'individualisation d'un problème social : blâmer la victime

Avant d'en arriver plus spécifiquement à la médicalisation de l'échec scolaire ou de troubles comportementaux, il est pertinent de s'interroger sur le traitement sociohistorique des problèmes sociaux et des inégalités. Dans son ouvrage *Blaming the victim*, Ryan (1971)

explique qu'une fois un problème social observé et décrié, tel que la pauvreté, le racisme, le sexisme, l'alcoolisme ou la toxicomanie par exemple, la tendance pour intervenir sur le problème constaté n'était souvent pas de chercher à modifier le système social au fondement de ces inégalités ou ces problèmes. Au contraire, la tendance sociohistorique a plutôt été de chercher à agir directement sur les individus victimes de ceux-ci. Ryan donne d'ailleurs un exemple des inégalités raciales dans le système d'éducation :

C'est une idéologie brillante pour justifier une forme d'action sociale perverse destinée à changer, non pas la société, comme on pourrait s'y attendre, mais la victime de la société. Par conséquent, il y a une similitude terrifiante dans les programmes qui découlent de ce type d'analyse. Dans l'éducation, nous avons des programmes d'« éducation compensatoire » pour renforcer les compétences et les attitudes de l'enfant du ghetto, plutôt que des changements structurels dans les écoles. [...] le résultat logique de l'analyse des problèmes sociaux en fonction des déficiences de la victime est le développement de programmes visant à corriger ces déficiences. La formule d'action devient extraordinairement simple : changer la victime (traduction libre, Ryan, 1971, p. 8)

Cette observation, faite par Ryan dans les années 1970, force à prendre en compte cette conception sociale du traitement des inégalités, qui passe souvent par une individualisation du problème social et par une action dirigée vers l'individu victime de ces inégalités. Ainsi, plutôt que de se questionner sur les faiblesses du système, qui seraient à l'origine du problème, la tendance serait souvent d'étudier ceux qui sont affectés par ce problème, afin de découvrir en quoi ils sont différents de la norme, dans le but de définir ces différences comme étant la cause du problème (Ryan, 1971). Dit autrement, la compréhension du problème social passerait souvent par une hypercentration sur les caractéristiques de l'exclu. Par le fait même, les solutions envisagées et proposées par les institutions seraient aussi des solutions visant à agir directement sur l'individu, afin de corriger ces différences à la norme (Ibid). De cette manière, les individus eux-mêmes se voient attribuer la responsabilité d'agir sur leur propre condition. L'auteur précise que ce processus ne relève pas d'une mauvaise intention, mais qu'il est plutôt inconscient, puisqu'inséré dans une idéologie collective dominante et servant à maintenir le statu quo dans l'intérêt du groupe dominant spécifique (Ibid). Il serait très difficile, pour un groupe social dominant, d'admettre qu'il est la cause d'un problème social. C'est pourquoi il serait plus simple d'accepter que les victimes du problème possèdent des caractéristiques qui seraient la cause de leur situation problématique (Ibid). Dans le cas de l'école, par exemple, certains observent cette domination d'un paradigme psychonormatif axé sur les caractéristiques des

élèves. D'un point de vue sociologique, les problèmes de déviance sont à considérer dans leur rapport aux normes dominantes. Cependant, l'interprétation dominante est majoritairement opposée à la compréhension sociologique : « les normes elles-mêmes sont considérées comme données et aucun effort n'est fait pour les examiner, alors qu'il n'y a pas, non plus, de réflexion sur la manière dont les normes pourraient elles-mêmes contribuer au développement du problème » (traduction libre, Ryan, 1971, p. 13). Sans ce type de réflexion, le problème est interprété d'une manière normative, c'est-à-dire comme étant le résultat d'individus incapables, n'ayant pas les compétences ou l'intérêt de s'ajuster à la société (Ryan, 1971). Ces individus sont perçus comme « ayant » des problèmes sociaux dus à des caractéristiques personnelles et inhabituelles (maladies, handicaps, défauts ou problèmes moraux). Par exemple, les difficultés scolaires sont interprétées comme une faible maîtrise des compétences chez l'enfant. Les acteurs individuels et institutionnels qui interviennent pour résoudre ces problèmes sont eux-mêmes des membres de l'ordre social dominant, eux pour qui cet ordre a été avantageux. C'est pourquoi, inconsciemment, aux dires de Ryan (1971), ils rejetteraient donc l'idée d'un changement social profond, puisque ce changement demanderait de plus grandes réflexions, de plus grands efforts, de plus grandes ressources et de plus grands sacrifices, et pourraient donc atteindre leurs privilèges. Par exemple, de nombreux problèmes d'inégalités sociales et de problèmes sociaux sont, partiellement, le résultat d'une répartition déficiente des richesses. Mais, repenser le système économique sous-tend des conséquences trop importantes pour ceux qui bénéficient de ce système (Ibid). C'est d'ailleurs établi que les jeunes provenant de situation économique plus difficile ont plus de risques d'avoir des difficultés scolaires. Pour revenir au sujet principal de ce mémoire, ça devient de plus en plus établi que les jeunes enfants qui proviennent d'un tel milieu ont plus de risques de recevoir un diagnostic TDAH et une prescription de médicament psychostimulant (INESSS, 2017[1]). Dans le cas de l'école et du TDAH, de nombreux problèmes peuvent être le résultat d'une institution qui n'a pas les ressources financières et/ou humaines pour offrir un service adéquat, diversifié et plus adapté selon les besoins

des différents types d'enfants. C'est ainsi que la solution peut devenir (inconsciemment) de blâmer la victime :

Leur solution est un compromis brillant. Ils tournent leur attention vers la victime dans son état post-victimisé. Ils veulent panser les plaies [...] et évacuer les blessés pour les rééduquer. [...] Ils veulent rendre les victimes moins vulnérables, les renvoyer au combat avec de meilleures armes, une armure plus épaisse, un moral plus élevé. Pour le faire efficacement, bien sûr, ils doivent analyser les victimes avec soin, impartialement, objectivement, scientifiquement, avec empathie, mathématiquement, et avec hardiesse, pour voir ce qui les a rendus si vulnérables en premier lieu. [...] C'est la solution de leur dilemme, la solution de Blâmer la Victime. Et ceux qui achètent cette solution avec un soupir de soulagement sont inévitablement aveuglés par les causes fondamentales des problèmes abordés. Ils rejettent, surtout, la possibilité de blâmer, non pas les victimes, mais eux-mêmes. Ils se rendent tous inconsciemment des jugements sur eux-mêmes et apportent un verdict unanime de Non-Coupable. (Traduction libre, Ryan, 1971, p. 27-28)

Ce qu'il convient de retenir avec l'auteur, c'est la présence d'un processus social de traitement des problèmes sociaux qui individualise les problèmes en blâmant la victime. Un processus qui occulte et/ou décharge de toute responsabilité le système social en place, notamment ses acteurs. Cette responsabilisation de l'individu déviant serait opérée par une bienveillance naïve, voire morbide, inconsciente des réels procédés d'exclusion sociale. Une bienveillance naïve et morbide légitimée par des institutions scientifiques et par des analyses dites objectives et scientifiques. Demeure néanmoins qu'aucune science n'est purement objective et que le choix du sujet de recherche et de l'angle de recherche, par le chercheur, est toujours un procédé subjectif. En effet, ces institutions scientifiques, tout comme leurs recherches, sont elles-mêmes fondées et dirigées par une interprétation inconsciente responsabilisant l'individu (ou du moins son corps). Donc parallèlement une interprétation qui déresponsabilise le système dans lequel les acteurs s'insèrent. Dans le cas du TDAH, il est important de se questionner d'abord sur ces institutions légitimes qui définissent le problème social, c'est-à-dire sur l'institution socialement légitime de définir l'écart à la norme comme étant le résultat d'un problème dans l'individu déviant. Les concepts de médicalisation et de pharmaceuticalisation seront utiles pour comprendre le rôle des institutions médicales et pharmaceutiques.

2.2.3 La médicalisation : interpréter un problème comme étant une maladie

L'institution la plus puissante pour légitimer l'individualisation d'un problème, dans les sociétés occidentales contemporaines, est celle de la médecine. Le concept de médicalisation, qui permet de comprendre comment cette légitimation s'opère, est très

utilisé en sociologie de la santé et son interprétation ne varie que très sensiblement. Les deux définitions suivantes se rejoignent et se complètent. Selon la première, citée notamment par Mintzes (2002) et la Commission de l'éthique de la science et de la technologie (2009), la médicalisation est un « processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en tournant l'attention du social vers l'individu » (Kawachi et Conrad, 1996, p. 26 ; traduction de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009, p. 145). Cette définition peut se compléter par le caractère que « la médicalisation désigne un processus par lequel un « problème » en vient à être défini en termes de maladie ou de « trouble », dont l'interprétation et le traitement supposent l'intervention, directe ou indirecte, de professionnels du soin, à commencer par les médecins » (Morel, 2014, p. 18). Ainsi, ces deux définitions permettent de comprendre que l'idée de médicalisation sert à désigner le processus, initié par une situation considérée socialement problématique, jusqu'à la prise en charge de cette situation par le domaine médical, en la définissant et la traitant comme une maladie. Ce qui signifie de désigner l'individu comme porteur d'un trouble physique problématique, plutôt que d'essayer de comprendre le problème selon l'interaction entre l'individu et son contexte. Le social devient un donné figé et exempt de critique, et l'individu qui ne s'y adapte pas est considéré comme porteur d'une maladie ou d'une déficience. C'est la responsabilisation du corps biologique de l'individu, ce qui implique la déresponsabilisation du registre d'action ou d'effort de l'individu, ainsi que la déresponsabilisation de son entourage et de la société, puisqu'il serait malade biologiquement (Bergey, 2015). C'est aussi la responsabilisation des institutions médicales et pharmaceutiques, afin de trouver une solution pour aider l'individu et, par le fait même, la société. Il s'agit donc d'un concept qui explique la place centrale du pouvoir médical dans l'étiquetage et la prise en charge de problèmes humains. Mais aussi, à ne pas négliger, dans son rôle de socialisation de tous les individus d'une société, pour qu'ils en viennent aussi à interpréter la réalité à travers cette lunette de la médicalisation.

S'il y a eu une médicalisation des comportements des enfants, celle-ci « serait liée de manière complexe à la croissante importance de la neuropsychiatrie et à la disponibilité des traitements pharmacologiques » (traduction libre, Bergey, 2015, p. 32). Ainsi, des

problèmes tels que « l'échec scolaire ont été, à des degrés divers en fonction des époques, construits comme des problèmes médicaux pour lesquels les professionnels de santé ont été considérés comme les détenteurs légitimes des savoirs et des traitements » (Morel, 2014, p. 18).

2.2.4 La pharmaceuticalisation : légitimer la solution pharmacologique

Pour certains, le concept de pharmaceuticalisation tend à « concurrencer » le concept de médicalisation dans l'analyse de l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes. Toutefois, on peut aussi être d'avis qu'il vient plutôt le compléter, alors qu'il conduit à appréhender de manière plus fine la place grandissante qu'occupe le médicament comme conséquence de la médicalisation de la vie des individus contemporains (Abraham, 2010 ; Otero et Collin, 2015). Dit autrement, la médicalisation est un concept servant à analyser la tendance sociale à concevoir un problème comme d'ordre médical, tandis que la pharmaceuticalisation sert plutôt à analyser plus précisément la tendance sociale à légitimer les solutions pharmaceutiques pour régler ces problèmes. Par exemple, selon Prosser (2015), le concept de médicalisation peut expliquer la création du TDAH et la tendance à la hausse des diagnostics au cours des dernières années. Il peut aussi expliquer la création de médicaments psychotropes pour le traiter, tel que le Ritalin qui est disponible depuis les années 1960. Mais ce serait le concept de pharmaceuticalisation qui pourrait servir à expliquer la tendance ascendante à choisir la thérapie par médicaments psychotropes, plutôt que d'autres formes d'interventions, pour régler les problèmes d'inattention et d'hyperactivité. L'augmentation de la prévalence de prescription de médication psychostimulante, pour traiter le TDAH, irait au-delà du pouvoir médical et serait aussi une conséquence des actions des compagnies pharmaceutiques (lobbying, publicités, formations, etc.) ; des politiques de santé (approbation du médicament, programme d'assurance médicament, formations, etc.) et, donc, une conséquence de l'augmentation de l'acceptation sociale de la prise de médicaments (Abraham, 2010 ; Bissel et coll., 2002 ; Jasso-Aguilar et Waitzkin, 2011 ; Prosser, 2015).

2.2.5 La deuxième étape de la conceptualisation

Pour tisser une première ficelle avec Durkheim, il faut ici prendre en considération le concept d'idéal, alors que la médicalisation et la pharmaceuticalisation sont des phénomènes qui se sont étendus jusqu'à l'intérieur d'un système éducatif dirigé par des

idéaux. Selon cette vision du social de Durkheim, on peut se poser la question suivante : quels seraient ces idéaux qui seraient au fondement de l'intégration intense des courants de médicalisation et de pharmaceuticalisation à l'intérieur du système éducatif québécois ?

Une deuxième ficelle avec Durkheim est cette idée que l'économie industrielle, qu'il dépeint comme étant une situation de crise et d'anomie constante et normale, aurait aussi influencé les autres sphères sociales, telle que l'éducation (Durkheim, 1897). Selon cette vision du social de Durkheim, on peut poser l'hypothèse que la médicalisation ou la pharmaceuticalisation, comme interprétations qui responsabilisent l'individu déviant, seraient des moyens utilisés afin de contrer un trop fort degré d'anomie présent dans le domaine de l'éducation. Dit autrement, elles seraient l'indice d'un trop grand écart entre les idéaux sociaux à atteindre et les moyens légitimes d'y parvenir pour certains élèves. Puis, plutôt que de s'interroger sur les idéaux à atteindre et les moyens d'y parvenir, on responsabilise l'individu incapable d'y parvenir avec les moyens mis à sa disposition. En ce sens, on crée un produit capitaliste, qui, par la légitimité scientifique, devient un nouveau moyen légitime d'atteindre les idéaux scolaires : la médication psychostimulante. Cette innovation permettant ainsi de légitimer et de conserver la structure et la stabilité du système en place.

Enfin, en 1964, Bourdieu critiquait déjà l'explication simpliste qu'on faisait entre échec scolaire et dons individuels, alors qu'il l'expliquait plutôt dans un rapport de classes dominantes et dominées. Un rapport de classe aux allures de reproduction sociale des inégalités, tel qu'il a, lui et son collègue, présenté plus en profondeur en 1970. Puis, en 1978, tout au long de l'analyse de Cherkaoui sur la relation entre le politique et l'éducation, il identifie qu'un troisième pouvoir était constamment présent et qu'une analyse complète devait intégrer ce troisième domaine : la religion. Plus de 20 ans plus tard, dans le cadre de cette conceptualisation, il semble évident que, dans le contexte d'aujourd'hui, une analyse complète d'un système éducatif nord-américain doit tenir compte du pouvoir médical et pharmaceutique.

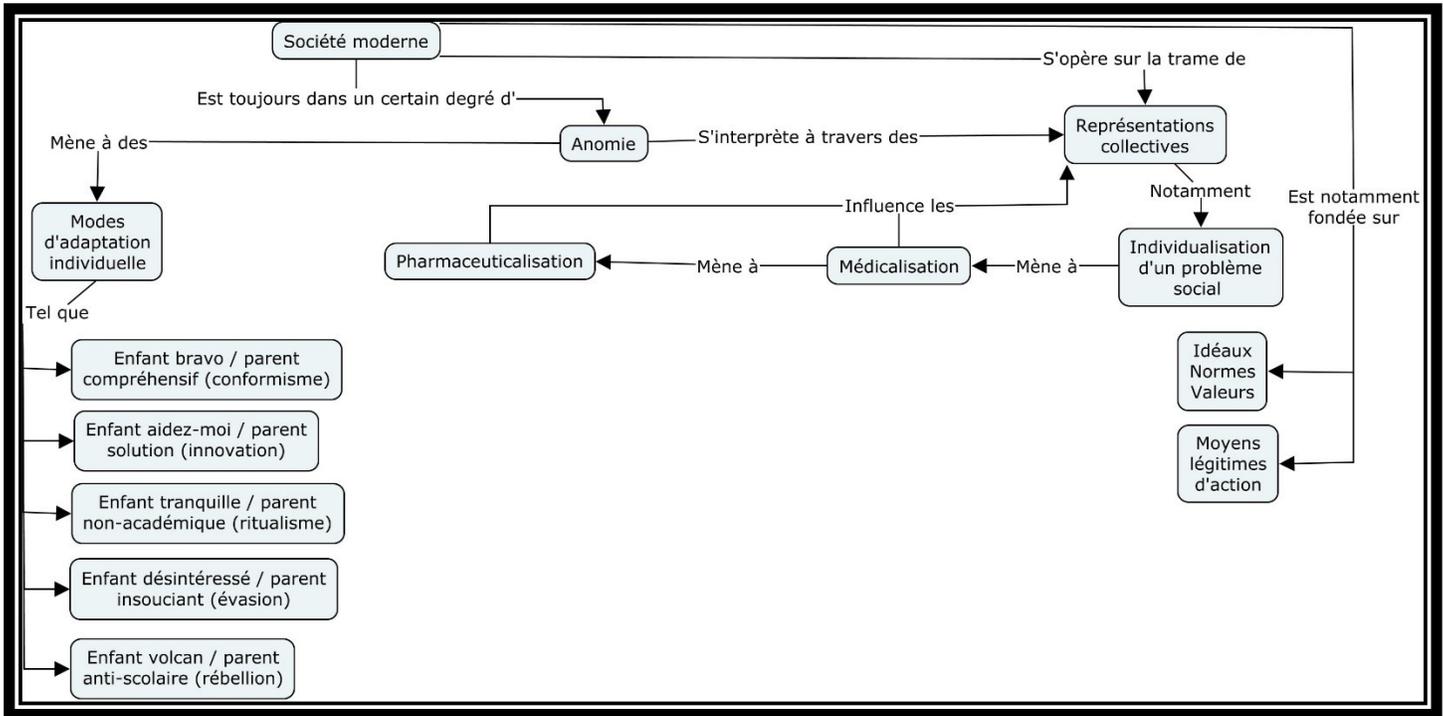


Figure 4 : deuxième étape de la conceptualisation sociologique

2.3 Le concept de schème interprétatif

Comme les concepts de médicalisation et de pharmaceuticalisation sont surtout utilisés en sociologie de la santé, il est pertinent de se demander à quoi ils pourraient servir dans une recherche en sociologie de l'éducation. L'intérêt de ces concepts, dans la présente recherche sur la participation des enseignants d'ordre primaire au processus diagnostique du TDAH, réside dans les effets que la médicalisation et la pharmaceuticalisation des difficultés scolaires pourraient avoir sur les schèmes interprétatifs des professionnels de l'éducation. On pense ici à leur manière d'interpréter/de définir la situation, ce qui a des impacts majeurs sur les savoirs/connaissances qu'ils mobilisent et sur les types d'actions qu'ils posent. Pour illustrer un exemple de l'impact de la médicalisation, Prosser et Reid (2013) avancent que les changements dans les critères du DSM-V ont augmenté les relations entre médecins et système scolaire, alors que les enseignants sont de plus en plus inclus dans le processus diagnostique par l'importance de leurs rapports à l'élève.

C'est ainsi que nous arrivons à cette section, qui introduit le concept central de schème interprétatif (cf. section 1.4.1), principalement à travers Morel (2014) et Brice (2009). Pour le définir plus exhaustivement, ce concept permet notamment d'identifier et de

comprendre, à travers des recherches microsociales, l'impact des processus macrosociaux dans la vie des individus. Dit autrement, il s'agit d'un concept qu'on opérationnalise en analysant le discours d'un individu sur son interprétation du monde, pour tenter d'identifier quels sont les courants idéologiques aux fondements de ces discours. Dans le cas du TDAH, ce concept sert donc à identifier les types de connaissances qu'ont les enseignants d'ordre primaire à l'égard du trouble, de quelles idéologies ces connaissances proviennent-elles et, plus précisément, dans quelles mesures ces connaissances proviennent-elles de la médicalisation et de la pharmaceuticalisation des difficultés scolaires. Tout d'abord, il s'agit, pour bien le comprendre, de faire un pas de recul pour retourner à Durkheim et à sa conceptualisation du social. Ensuite, je reviendrai au concept-clé de schème interprétatif.

2.3.1 La conceptualisation du social : l'impératif du vivre-ensemble

Dans *Les règles de la méthode*, Durkheim insiste sur l'importance des conceptions collectives⁶⁹ pour l'existence de la société telle qu'on la connaît. Selon lui, la conception collective est le contraire de la sensation individuelle et est présente dans tout fait social. En effet, contrairement à toutes sensations individuelles, qui sont changeantes et subjectives, le concept est une idée collective plus stable et plus objective (Durkheim, 1912). C'est dans la conception que l'on trouve le caractère transhistorique du social et de ses idéaux. C'est grâce à celle-ci que l'individu peut interagir en tant qu'être social, alors que les concepts sont des définitions du monde qui existent par une longue historicité collective. Il s'agit là aussi d'un outil de transmission social extérieur et coercitif à l'individu. Bien sûr, il y a existence de réflexions individuelles. Cependant, le simple fait que celles-ci soient faites à l'aide d'un large système de conceptions, qui résulte d'une longue historicité collective, propose que ces mêmes réflexions individuelles appartiennent néanmoins, dans un certain degré, à un système d'idées et d'actions collectives, donc à un courant idéologique (Ibid). C'est dans cette mesure que Durkheim met en lumière la place primordiale de la société et de sa longue historicité, dans tous procédés de pensée logique chez l'individu :

⁶⁹ Mise en concept, collectivement, d'un aspect du monde.

Pour qu'ils puissent le réfléchir et l'analyser, il fallait qu'il leur fût donné et il s'agit de savoir d'où il venait, c'est-à-dire dans quelle expérience il était fondé. C'est dans l'expérience collective. C'est sous la forme de la pensée collective que la pensée impersonnelle s'est, pour la première fois, révélée à l'humanité ; et on ne voit pas par quelle autre voie aurait pu se faire cette révélation. Par cela seul que la société existe, il existe aussi, en dehors des sensations et des images individuelles, tout un système de représentations qui jouissent de propriétés merveilleuses. Par elles, les hommes se comprennent, les intelligences se pénètrent les unes les autres. Elles ont en elles une sorte de force, d'ascendant moral en vertu duquel elles s'imposent aux esprits particuliers. Dès lors l'individu se rend compte, au moins obscurément, qu'au-dessus de ses représentations privées il existe un monde de notions types d'après lesquelles il est tenu de régler ses idées ; il entrevoit tout un règne intellectuel auquel il participe, mais qui le dépasse. (Durkheim, 1912, p. 410)

Nous pouvons voir dans cette citation ce qui fait de la conception collective un principe central du fait social. Non seulement l'utilisation de concepts permet à l'individu de réfléchir et d'intégrer le social, mais Durkheim l'identifie ici comme un « règne intellectuel auquel il participe, mais qui le dépasse ». C'est grâce à ces concepts qu'un « Tout » ou qu'un « Nous » est possible (Ibid). Notons que la perspective du « Tout social » peut être tout autant référer à un groupe informel qu'à une d'organisation formelle : « on pourrait, d'après ce qui précède, croire qu'il n'y a de fait social que là où il y a organisation définie. Mais il est d'autres faits qui, sans présenter ces formes cristallisées, ont et la même objectivité et le même ascendant sur l'individu. C'est ce qu'on appelle les courants sociaux » (Durkheim ,1894 [2002], p. 19). Ainsi, cette citation propose que des courants sociaux puissent tout autant agir sur l'individu que l'organisation formelle elle-même. Durkheim semble aborder le religieux dans cette perspective de phénomène social, qui émane de la société en générale, plutôt que de le restreindre à des institutions reconnues. D'ailleurs, cette approche est nécessaire, puisqu'il affirme qu'aucune religion n'est immortelle et que d'autres sont peut-être à venir. De plus, c'est dans cette vision, de phénomène religieux étant basé sur la société elle-même, que ces phénomènes affectent l'ensemble de la vie sociale.

Ainsi, pour résumer et faire le pont vers l'intégration du schème interprétatif dans la conceptualisation de ce mémoire, celui-ci réfère à une conception impersonnelle de situations, qui provient d'une historicité collective et, donc, qui appartient à un système d'idées et d'actions collectives, c'est-à-dire à un courant idéologique. Toutefois, même s'il provient d'une institution idéologique, le schème interprétatif s'immisce dans des courants sociaux qui se l'approprient, qui le mettent en action, qui le transmettent et qui le défendent.

2.3.2 Le schème interprétatif issu de la médicalisation de l'échec scolaire

Comme nous l'avons vu dans la problématique, dans son ouvrage *La médicalisation de l'échec scolaire*, Morel (2012) fait une analyse d'une culture professionnelle enseignante à l'aide du concept de schème interprétatif, alors qu'il vise à identifier ce qui sert de cadres de références aux enseignants lorsqu'ils tentent d'interpréter une situation. Par schème interprétatif, il faut entendre ici un cadre de référence « à travers lequel un individu perçoit une réalité empirique » (Lebaron, 2014, p. 51). Ce concept, issu de la sociologie de la connaissance, est un outil méthodologique propre à la recherche qualitative en sciences sociales, servant notamment dans l'analyse de discours (Keller, 2007). Le schème interprétatif permet d'observer les cadres de références, qui sont des construits sociaux identifiables à des courants idéologiques, acquis à travers des interactions⁷⁰ socialisantes et qui sont utilisés par les individus pour définir les situations et justifier leurs actions. Autrement dit, il est un concept qui donne accès à la définition de la situation qui, elle, implique un effet direct sur les actions des individus, alors que « si les individus définissent une situation comme réelle, elles sont réelles dans leurs conséquences » (traduction libre, tirée de W.I. Thomas (1928), dans Ritzer et Ryan, 2011, p. 123). Dans le cadre de ce mémoire, on pose l'hypothèse que la médicalisation de l'échec scolaire (tant les échecs académiques que comportementaux), tel que vu précédemment, est ce procédé qui a créé et diffusé le schème interprétatif médico-psychologique dans la société moderne occidentale. Notamment à travers le domaine de l'éducation et, donc, à travers les professionnels scolaires.

Cette hypothèse est d'ailleurs partagée par Cohen (1983), dans son article traitant sur le « mouvement de l'hygiène mentale » (traduction libre, Cohen, 1983) aux États-Unis et sur la médicalisation de l'éducation américaine. En établissant un portrait sociohistorique du mouvement psychiatrique, Cohen (1983) évoque une certaine « propagande » médicale et psychiatrique faite dans le domaine de l'éducation, afin de socialiser les éducateurs à identifier et dépister la maladie mentale à de très jeunes âges, dans une logique de prévention et d'intervention rapide :

⁷⁰ Les interactions ici ne font pas nécessairement référence à des interactions humaines, alors que les interactions avec des actant (objets idéologique, ex : livre, site internet) sont aussi à prendre en compte.

Le véritable objectif de l'hygiéniste était quelque chose de plus fondamental: persuader la profession enseignante de changer sa vision du domaine de l'éducation, de ses méthodes, de ses objectifs, de ses valeurs, de sa notion des problèmes comme importants ou sans importance, de quoi faire valoir et de quoi faire taire (traduction libre, Cohen, 1983, p. 132)

Pour se faire, le chercheur comprend que le domaine médical, soit le *National Center for Mental Health (NCHM)* n'a pas cherché à modifier l'École dans sa structure ou dans son organisation, mais qu'il aurait plutôt simplement modifié les schèmes interprétatifs de professionnels de l'éducation : « Le but ultime des hygiénistes était de modifier l'orientation des praticiens, leur cadre de référence, en particulier leur "attitude", un mot clé de l'hygiéniste, à l'égard des enfants, de l'apprentissage, des finalités de l'éducation » (traduction libre, Cohen, 1983, p. 132). Cela signifie que le pouvoir médical aurait conçu une stratégie de remodelage culturel des attitudes à l'égard de l'École, notamment en introduisant une conscience de l'hygiène mentale à un large public de professionnels et aux influenceurs de l'opinion publique. Ceci aurait facilité, parallèlement, l'acceptation de ce schème interprétatif par les éducateurs et les parents des enfants visés (Ibid). Ce texte m'a d'ailleurs rappelé l'intervention du Dr Labbé présentée dans la problématique (cf. section 1.2.7.1.1), qui mentionnait qu'il y a 20 ans au Québec, les médecins ont dû « se battre » pour faire accepter socialement la prise de médicament chez les jeunes.

Cette analyse sociohistorique concorde avec les analyses sociologiques, présentées plus tôt, de la relation entre écoles et TDAH. En effet, tel que présenté avec Morel, le contexte inclusif, en intégrant des enfants ayant reçu des diagnostics, pourrait avoir favorisé l'intégration du schème interprétatif médico-psychologique pour comprendre des difficultés scolaires chez les enseignants. Tout en intégrant la catégorisation de ces difficultés scolaires en termes médicaux (TDAH, TSA, etc.). Associé à la formation reçue, ce contexte pourrait avoir favorisé l'émergence d'un rôle actif dans le dépistage des troubles cognitifs. C'est d'ailleurs le cas en France :

L'enseignant doit désormais être en mesure de repérer les élèves aux profils particuliers, d'évoquer leur cas auprès de spécialistes exerçant dans les écoles (médecins scolaires ou membres du RASED), d'adapter son enseignement en fonction du contrat passé entre l'école et les familles, d'assister aux réunions regroupant les différents « partenaires » en charge des élèves, etc. (Morel, 2014, p. 70)

L'enseignant aurait ainsi le rôle (formel ou informel) de dépister et de diriger les enfants vers les ressources médicales légitimes. Toutefois, tel qu'il l'a été présenté dans le chapitre

de la problématique, l'étude d'Elder (2010), qui compare quantitativement la prévalence du TDAH selon les mois de naissance, permet de voir que ces dépistages peuvent être problématique. Notamment parce qu'il s'opère dans le cadre d'une classe formée d'élèves différents, en situant l'enfant selon la norme de cette classe, plutôt que selon une norme médicale et objective. Le chercheur interprète cet écart diagnostique significatif comme étant une preuve de la forte présence de la comparaison subjective entre les pairs dans le processus diagnostique. Celle-ci menant hypothétiquement à une situation de surdiagnostics chez certains des plus jeunes d'une cohorte, ou à une situation de sous-diagnostic chez les plus vieux de la même cohorte (Elder, 2010). Selon lui, cette évaluation normative s'opère notamment par les enseignants. C'est pourquoi il est important de se questionner sur le degré de participation des enseignants dans le processus diagnostique, alors qu'ils peuvent avoir une certaine autorité, par exemple lorsqu'ils se permettent de conseiller aux parents une consultation médicale afin de pallier les problèmes d'apprentissage de l'enfant (Honorez, 2006 ; Morel, 2012). C'est d'ailleurs ce que Doré et Cohen (1997) ont décrit (cf. section 1.4.2.1.1), lorsqu'ils affirment que leur recherche révélait que les enseignants apparaissaient comme le moteur de la médicalisation, alors que ce serait eux qui dépistent et « diagnostiquent » le TDAH, tout en proposant même la médication aux parents. En effet, selon les informations tirées de mes lectures, les enseignants sont très impliqués et influents dans le processus diagnostique, alors que les rôles formels principaux des enseignants sont :

- D'évaluer les enfants d'une classe et dépister l'élève à risque (Doré et Cohen, 1997 ; Bougeard, 2012 ; Morel, 2014).
- De diriger l'enfant et sa famille vers des ressources ou des services de prise en charge (Cohen et coll., 1999 ; Bougeard, 2012 ; Morel, 2014 ; Conseil supérieur de l'éducation, 2017).
- De participer à l'évaluation médicale en remplissant des rapports d'évaluation (Andrews et Mahoney, 2012 ; Bergey, 2015 ; DuPaul, Pollack et Pinho, 2017 ; Prosser et Reid, 2013 ; Morel, 2014).

2.3.3 La troisième étape de la conceptualisation

Pour résumer brièvement la conceptualisation, jusqu'à son nouveau concept de schème interprétatif, rappelons qu'une société moderne contient toujours un certain degré d'anomie, variable selon la régulation du social sur les idéaux et sur les moyens de les atteindre. Cette même société, qui s'opère sur la trame de représentations collectives, interprète donc les problèmes (dont ceux issus de l'anomie inconsciente) à travers ces représentations qui leur sont disponibles, qui sont considérées légitimes et, souvent, qui donnent l'impression de pouvoir agir sur le problème. Une des représentations collectives identifiées dans notre société a été l'individualisation des difficultés scolaires. Cette représentation, à travers l'interaction de groupes sociaux, s'est raffinée, notamment en deux sous-types, soit la médicalisation et la pharmaceuticalisation des difficultés scolaires. C'est donc à partir de cette représentation collective et de ses sous-types que des schèmes interprétatifs se sont insérés dans les manières d'interpréter/de définir les difficultés scolaires, chez des individus de cette société. Si on prend simplement la représentation collective de l'individualisation, celle-ci a mené, par exemple, au schème interprétatif de l'« enfant anormal », l'« enfant turbulent », l'« enfant stupide », etc. Cependant, il y a eu transformation de cette représentation à travers une médicalisation de ce problème, étendue sur un long cheminement de recherche⁷¹ et de nouvelles désignations : des étiquettes diagnostiques. Ajoutée à cette prise en charge médicale de ce problème, la pharmaceuticalisation aurait légitimé le traitement par médication psychostimulante associé au problème « médical ». Ainsi, lorsqu'un individu interprète les difficultés scolaires à partir de ces deux manières, on peut affirmer qu'il interprète les difficultés scolaires à travers du schème interprétatif médico-psychologique.

⁷¹ Entre la découverte du chercheur Still en 1902 et le TDAH tel qu'il est défini aujourd'hui.

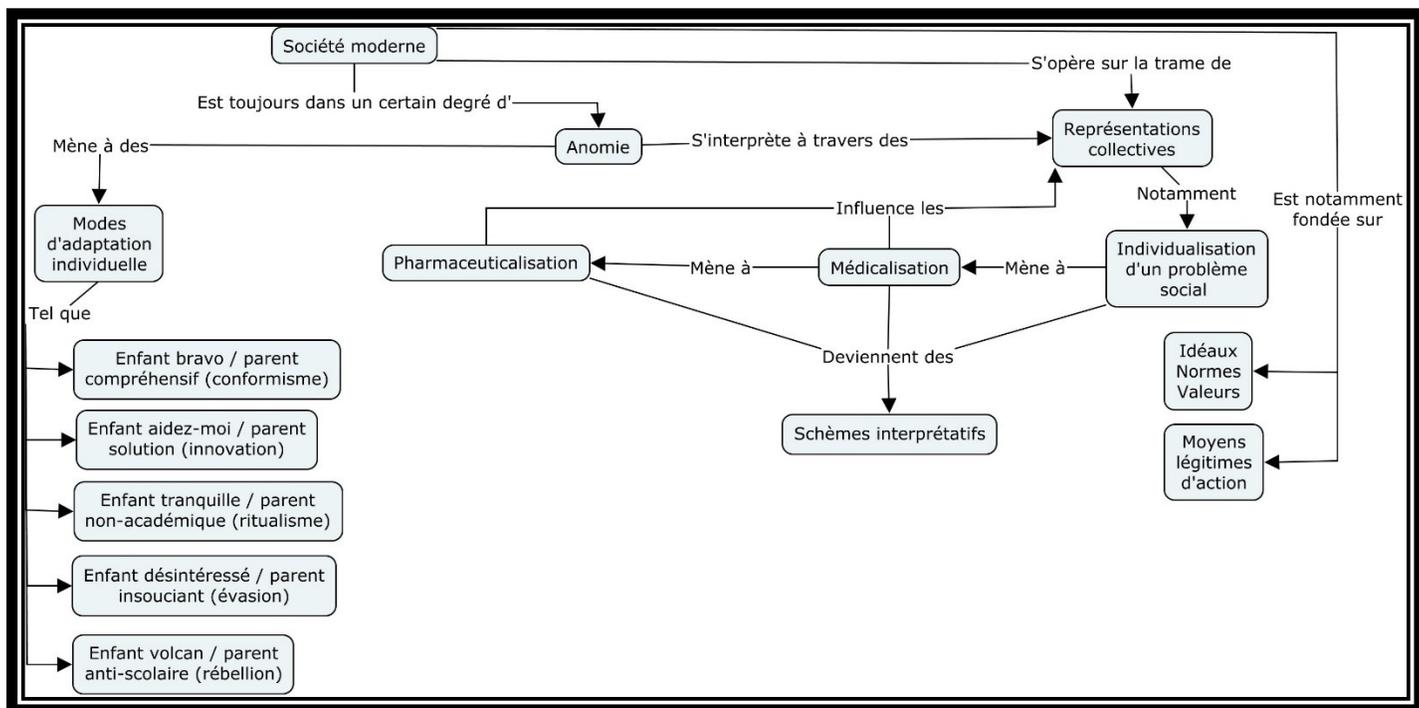


Figure 5: troisième étape de la conceptualisation sociologique

2.4 La socialisation professionnelle, les conventions et l'intentionnalité

S'il est pertinent d'interroger les schèmes interprétatifs des enseignants au Québec, il semble tout aussi pertinent d'interroger la construction et le processus d'appropriation de ces schèmes. En effet, comme on l'a vu dans la problématique, mais aussi comme on vient de le voir avec l'hypothèse d'une diffusion du schème interprétatif médico-psychologique dans les écoles américaines, il est important de se questionner sur les contextes influençant l'appropriation des savoirs des éducateurs. Plus précisément de s'intéresser à la provenance idéologique des informations servant à la construction des savoirs sur les difficultés scolaires. Pour ce faire, il s'agit de s'intéresser à la socialisation professionnelle des enseignants, aux conventions (Becker, 2006) de métier qui auraient places à l'intérieur de la culture professionnelle, ainsi qu'à intentionnalités attribuées à l'action (Lyotard, 2011), qui donne notamment du sens à leurs choix de schème.

2.4.1 La socialisation professionnelle

La socialisation est un processus d'acquisition de connaissances sociales par un individu, notamment à travers ses interactions avec d'autres individus, qu'on peut nommer des agents de socialisation. Elle commence dès la naissance et comprend deux phases, soit la

socialisation primaire, qui est celle de la jeunesse; ainsi que la socialisation secondaire, qui est celle qui ne se termine jamais réellement, dans une logique d'actualisation des normes et d'appartenance à de nouveaux groupes / à la fréquentation de nouveaux individus différents de ce qu'on connaît (Berger et Luckmann, (1966 [2014])). La socialisation professionnelle fait donc partie de cette socialisation secondaire, en ce qu'elle est le processus d'apprentissage des normes, conventions et pratiques professionnelles, notamment :

Les processus par lesquels les membres d'une collectivité particulière de travailleurs intériorisent de façon progressive les valeurs, les normes, les symboles, les modèles, les rôles, les connaissances qui sont privilégiées, ou imposées par leur groupe de référence ou par celui d'appartenance, exercent une très grande influence sur leurs opinions et attitudes, tout en imprimant à leurs conduites, une direction, une forme et un contenu spécifiques. Le fait que ces personnes possèdent plusieurs choses en commun facilite aussi la communication [...], bref, de partager ensemble assez d'idées ou de traits particuliers pour se reconnaître et s'identifier dans le « nous » qu'ils forment. (Larouche, 1984, p. 517)

Ce concept sert ainsi à identifier le processus complexe et multiple, comportant plusieurs étapes formelles et informelles, de l'apprentissage d'un rôle professionnel par acquisition de connaissances (savoir-faire, savoir-être). L'emploi occupé, s'inscrivant toujours dans une sous-culture professionnelle, est intériorisé par une « interrelation qui existe "entre les deux principaux mécanismes de socialisation que sont l'apprentissage et l'intériorisation d'autrui" (Rocher, 1968, p. 111) » (Larouche, 1984, p. 516). Tel que présenté (cf. section 1.4.2.4), celle-ci peut se diviser en trois phases (la 2^e et la 3^e s'entrecroisent), soit : la pré-socialisation professionnelle (la phase initiale), qui fait référence à la socialisation reçue avant l'entrée dans la formation universitaire ; la socialisation lors de la formation universitaire (la phase intermédiaire), qui réfère aux apprentissages reçus lors de la formation académique dans le ou les programmes d'étude spécifiques à la profession ; et la socialisation professionnelle continue (la phase tertiaire), qui renvoie aux expériences vécues dès l'entrée sur le marché du travail (Larouche, 1984).

Finalement, il est intéressant et important d'interroger les sources d'acquisition de connaissances à l'égard du TDAH chez les enseignants québécois. À l'aide de ce que vient d'être présenté, la compréhension de la socialisation professionnelle des enseignants, à l'égard du TDAH, requiert de porter le regard sur la formation universitaire reçue ; la formation continue offerte aux enseignants ; l'information acquise lors de contacts avec

des individus diagnostiqués TDAH ou lors de contacts avec des professionnels du domaine médical ; ainsi que l'information acquise de manière autodidacte. Toutes ces formes de socialisation des enseignants pourront d'ailleurs pouvoir être analysées à l'aide des concepts de médicalisation et de pharmaceuticalisation du TDAH :

Comme modalité de contrôle social, la médicalisation serait désormais de nature beaucoup plus diffuse qu'antérieurement, puisqu'une diversité d'agents, non plus uniquement des médecins, mais aussi des acteurs relais/moteurs (industrie pharmaceutique, compagnie d'assurances, groupes de patient, État) agissent dans l'acceptation idéologique des valeurs qui sous-tendent le processus de médicalisation. (Collin et Suissa, 2007, p. 27)

Les différents acteurs, et les différentes sources d'informations, présentés dans la présente section peuvent ainsi être considérés comme des acteurs relais/moteurs qui agissent sur l'acceptation idéologique des valeurs biomédicales du TDAH chez les enseignants. Tel que présenté, ces sources de socialisation des enseignants n'influencent pas seulement sur les interprétations des enseignants, mais aussi sur les actions qu'ils croient devoir poser par rapport au TDAH (Massé et coll., 2010 ; Papazian-Zohrabian et coll., 2015).

2.4.2 Les conventions de métier des éducateurs à l'égard du TDAH

La sociologie de Becker permet d'aborder un domaine professionnel en s'intéressant aux réseaux d'interdépendance qui lient les acteurs professionnels dans leurs interactions. C'est notamment à travers le concept de convention (Becker, 2006) qu'on cherche à identifier les compréhensions partagées, par un groupe professionnel, sur les manières d'être, de faire et/ou de penser : ces manières communes de voir et de faire les choses qui facilitent la coopération entre les membres d'un groupe et la coordination de leurs activités. Ces manières de faire, conventionnelles à un groupe professionnel ou à un réseau de groupes, sont apprises des nouveaux membres par la socialisation professionnelle et permette la compréhension partagée d'une situation et la collaboration dans le milieu. Ce serait ces conventions qui seraient aux fondements du travail en groupe : « les conventions seraient omniprésentes: elles dicteraient le choix des instruments avec lesquels un groupe d'acteurs travaillent, les procédures à suivre, etc., elles régiraient même les relations des personnes les unes par rapport aux autres » (Ibid). Dans la deuxième moitié de sa carrière, Becker utilise majoritairement le concept de convention, une alternative au concept de norme ayant un caractère trop figé, qui vient mettre en exergue la construction sociale sous-jacente, de même que la marge de manœuvre des acteurs sociaux. Ce qui permet de prendre en compte

comment les manières d'être ou de faire peuvent être ajustées et renégociées dans le flux des interactions quotidiennes (Morrissette et Demazière, soumis). Ainsi, le concept de convention suggère qu'« il y a une certaine prévisibilité au sein des univers de travail, car les acteurs ont appris à considérer certaines conduites comme pertinentes et d'autres non, leur monde reposant sur des normes et significations tacites » (Ibid).

La sociologie de Becker adopte l'angle de l'interactionniste symbolique, car elle cherche à identifier les processus sociaux qui se réalisent, ou qui s'observent, spécifiquement à travers les interactions. Par exemple, les conventions professionnelles se manifestent, se transmettent et se négocient en contexte de travail, en référence à un apprentissage « sur le tas » (Avril, 2010 ; Darmon, 2010). Globalement, il s'agit d'étudier les conventions professionnelles, concernant les difficultés scolaires, sous l'angle des interactions qui lient les acteurs (élèves, collègues, directions, orthopédagogues, éducateurs spécialisés, TES, pédopsychiatres, parents, médecins, etc.) entre eux. Celles-ci existent au sein d'un réseau mutuel d'influence, ainsi que d'univers de significations auxquels ils se réfèrent tous pour se coordonner par rapport à leurs activités réciproques. Plus précisément, la sociologie interactionniste des professions conduit à s'intéresser aux définitions conventionnelles des situations professionnelles, qui engagent ses membres dans certaines conduites (Thomas, 1923). Elle s'intéresse donc aux interactions qui amènent les personnes à ajuster leurs interprétations à celles des autres acteurs de leur écologie professionnelle. Ce regard théorique suggère que les conceptions des difficultés scolaires et du TDAH, construites au cours des deux premières phases de la socialisation professionnelle, sont confrontées et ajustées au fil des interactions avec les acteurs de leur écologie professionnelle, lors de l'intégration au métier. Ce qui pourrait se produire, par exemple, en raison de la non-viabilité de leur première manière de définir la situation des difficultés scolaires et de leur manière d'agir sur celles-ci, les motivant à chercher de nouvelles manières de penser et de faire. Ça pourrait aussi se produire par la pression des pairs, ou même simplement par l'autorité des individus en la matière, qui mènerait à l'acceptation de leurs manières de penser et de faire. C'est d'ailleurs ce que le prochain concept pourrait aider à identifier, alors qu'au fondement de toute l'œuvre de Becker et de la tradition de Chicago, il y a l'idée de définition de la situation : les échanges entre acteurs se construisent pas à pas à travers des contributions mutuelles enracinées dans la « définition de la situation » de chacun, sur

la base d'une certaine souplesse envers l'autre pour maintenir les échanges sur un mode mutuellement compréhensible (Morrisette, Demazière, T. Larose, Diédhiou et Arcand, 2020). Cela signifie que la définition de la situation est un outil sociologique qui permet de chercher et d'identifier, à travers les acteurs sociaux, comment ceux-ci interprètent les situations et en quoi ces interprétations modifient leurs interactions et, à l'inverse, comment leurs interactions modifient leurs définitions de la situation. Ainsi, les définitions de la situation des uns et des autres sont constamment en émergence et négociées, chacun s'ajustant en intégrant la réponse des autres membres de l'interaction pour trouver une autre série d'actions viables en fonction de ce qu'ils anticipent ; en cela, les actions de chacun sont toujours à réinventer en fonction de l'échec ou du succès de ses façons de faire dans un contexte d'interaction donné (Ibid).

2.4.3 L'intentionnalité

Le concept d'intentionnalité est nécessaire, dans la compréhension sociologique de la participation d'enseignants aux processus diagnostique de leurs élèves en difficultés scolaires, puisqu'il réfère à la visée de l'action (direction, influence, but, objectif) et donc, au sens attribué à l'action (Lyotard, 2011). Il s'agit d'un concept qui provient principalement du philosophe Husserl et de la phénoménologie, et qui réfère à l'intention derrière l'action, que l'on doit analyser dans la relation homme-monde, dans le sens que l'acteur tente d'agir sur le monde⁷². Pour tenter de comprendre l'engagement des enseignants d'ordre primaire dans le processus diagnostique TDAH d'enfants en difficultés, il faut, entre autres, se placer au point de vue de ces derniers et de leurs intentions subjectives (Marcot, 1997). De ce point de vue, ce concept sert à interroger les intentions qui poussent à agir, premièrement à travers les idéaux, les valeurs et les normes aux fondements de l'action, deuxièmement, à travers les objectifs à atteindre concrètement et, troisièmement, à travers les stratégies à mettre en œuvre pour y arriver (Ibid).

2.4.4 La quatrième étape de la conceptualisation

Pour actualiser la conceptualisation et faire le pont avec les sections précédentes, premièrement, toutes sociétés sont fondées sur des principes, tels que des normes et des valeurs communes à une société tout entière ou spécifique à des groupes à l'intérieur de

⁷² Wikipédia, https://fr.wikipedia.org/wiki/Edmund_Husserl#L'intentionnalit%C3%A9

celle-ci. Nous avons aussi vu, avec Durkheim, que toutes sociétés régulent les idéaux que les individus peuvent souhaiter atteindre, tout autant qu'elles doivent régulariser les moyens légitimes d'y parvenir. Lorsqu'il y a écart entre les idéaux et les moyens de les atteindre, il y a degré d'anomie. Ainsi, ces facteurs (normes, valeurs, idéaux, moyens) sont aux fondements de toutes socialisations professionnelles, conventions et intentionnalité, c'est-à-dire qu'ils guident ce qui est transmis lors de la socialisation professionnelle, qu'ils guident l'intentionnalité et qu'ils guident les conventions.

Deuxièmement, tel qu'il l'a été présenté, la représentation collective d'individualisation, ainsi que ses deux sous-types choisis dans le cadre de ce mémoire (médicalisation et pharmaceuticalisation), sont à l'origine de schèmes interprétatifs, notamment du schème médico-psychologique. Toutefois, il ne suffit pas qu'un schème existe, il faut aussi qu'il soit diffusé à la population. C'est pourquoi il se situe aussi aux fondements de la socialisation professionnelle et des conventions. Pour ce qui est de l'intentionnalité, les idéaux, les valeurs et les normes sont les fondements (conscients ou inconscients) du « pourquoi » de l'action, c'est-à-dire qu'ils sont le sens derrière celle-ci. Alors que les schèmes interprétatifs et les moyens sociaux disponibles sont les fondements (conscient ou inconscients) du « comment » de l'action, tout simplement parce qu'ils s'insèrent dans les consciences et sont appropriés par les individus pour devenir les solutions socialement et moralement légitimes.

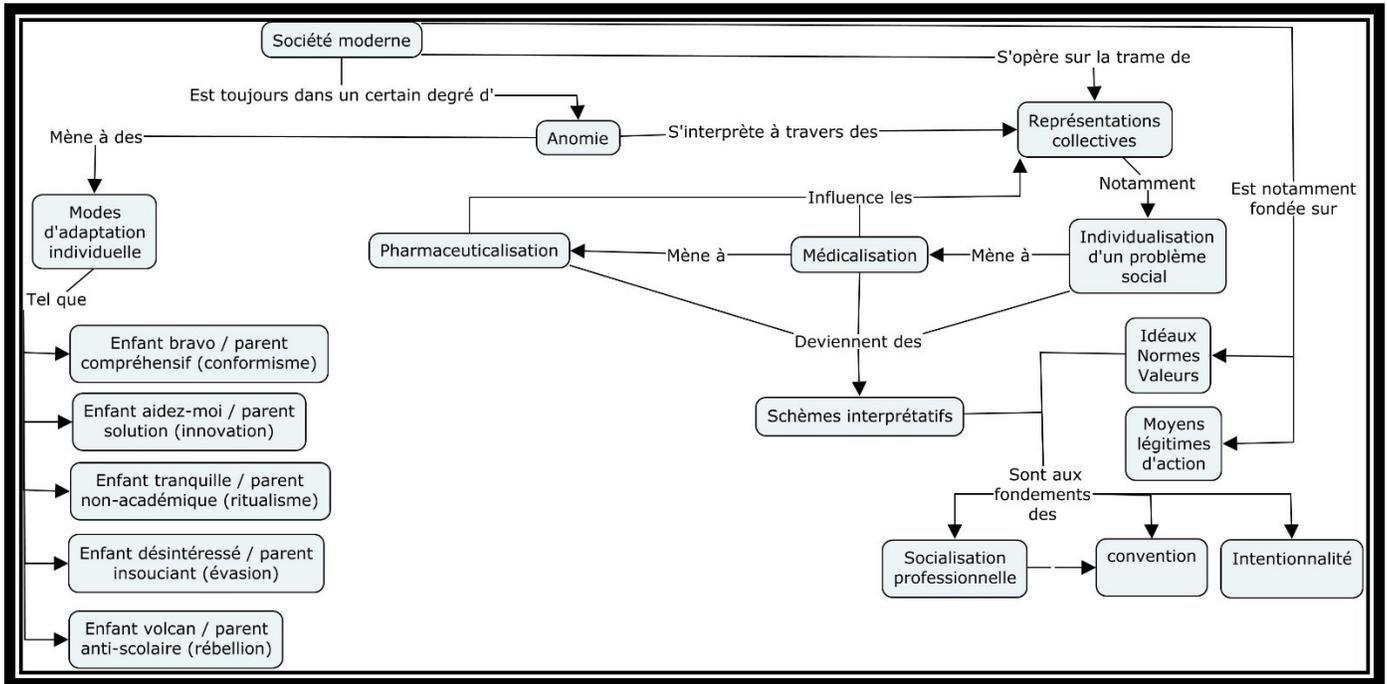


Figure 6 : Quatrième étape de la conceptualisation sociologique

2.5 Les concepts d'entrepreneurs de morale, de stigmatisation, d'étiquetage, d'*Outsiders* et d'*Insiders*

Tous les concepts du titre de cette sous-section sont empruntés à la sociologie interactionniste de la déviance de Becker (1963 [1985]), mis à part celui de stigmatisation qui est emprunté à Goffman (1963 [1975]). Dans son ouvrage *Outsiders*, Becker traite de l'intégration (ou de l'exclusion) de membres d'un groupe minoritaire à un groupe majoritaire, qui impose sa norme. Dans le cas des enfants en difficultés scolaires, on peut considérer qu'ils appartiennent à un groupe minoritaire désirent intégrer le groupe majoritaire (et surtout pour qui d'autres désirent qu'ils s'intègrent). Dès lors, leur socialisation s'inscrit dans un rapport de pouvoir : la nécessité de s'adapter à la norme scolaire pèse sur eux. Si on parle de sociologie de la déviance, il faut nuancer avec la catégorisation de Merton présentée plus tôt, qui s'intéressait à comment l'individu réagissait à l'anomie, notamment à comment il pouvait réagir à un haut degré d'anomie par la déviance. Cette sous-section présente des concepts issus d'une autre perspective, alors qu'ils permettent de s'intéresser à la déviance en tentant de comprendre les interactions sociales qui l'a fait émerger, plutôt que selon une perspective tournée vers l'individu déviant (Ibid). Autrement dit, la perspective de Merton explique comment les individus

peuvent choisir la déviance pour contrebalancer l'anomie; tandis que la perspective de Becker explique comment les acteurs sociaux (qui considèrent la norme comme importante et légitime) cherchent à identifier les déviants pour rétablir l'ordre social qu'ils souhaitent avoir. Il les nomme les entrepreneurs de morale.

2.5.1 Les entrepreneurs de morale

Ce concept est central dans l'analyse sociologique de la déviance, alors que Becker (1963 [1985]) a révolutionné cette sociologie en s'intéressant, non pas à l'individu qui transgresse les normes, mais en s'intéressant au contrôle social normatif, puisqu'il comprend les types de déviance par leurs caractères socialement et historiquement situés. Concrètement, c'est à partir des pouvoirs sociaux (premier type d'entrepreneur de morale) et des normes que les entrepreneurs maintiennent ou créent la déviance : « sont qualifiés de « déviants » les comportements qui transgressent des normes acceptées par tel groupe social ou par telle institution ; cette catégorie inclut donc [...] aussi les maladies mentales ou l'alcoolisme » (Chapoulie, dans Becker, 1963 [1985], p. 9). L'analyse interactionniste de la déviance implique donc de ne pas s'intéresser simplement à l'acte déviant en soi, mais surtout aux normes établies par les entrepreneurs de morale. La fin de cette citation montre aussi que la déviance n'est pas nécessairement criminelle, alors que la maladie mentale, une catégorie établie par les entrepreneurs de morale du domaine médical, est aussi une forme de déviance.

Si Becker (1963 [1985]) associe majoritairement les entrepreneurs de morale au contexte législatif, ce concept peut tout de même servir dans le cadre de normes non légales telles que la réussite scolaire. Le sociologue identifie deux types d'entrepreneurs de morale, soit ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer. Par exemple, d'un côté, en lien avec le TDAH, on peut associer les politiques de réussites scolaires et d'inclusion, les professions de recherches médicales (ex. : neurosciences), les professions médicales⁷³, les pharmaceutiques, ainsi que les organismes liés au TDAH (association Panda⁷⁴, tdahquebec.com, tdahadulte.com, hyper-lune.org, etc.) au premier type, soit ceux qui

⁷³ Ex : association québécoise des neuropsychologues.

⁷⁴ « Le Regroupement des Associations PANDA du Québec est la référence en matière d'aide aux associations PANDA et aux parents ayant un enfant atteint du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) » (<https://www.associationpanda.qc.ca/>).

créent la norme. Certains peuvent penser que les entrepreneurs de morale condamnent les déviants et visent le bien de la société en général, plutôt que le bien des déviants, mais ce n'est pas nécessairement le cas :

Celui qui participe à ces croisades n'a pas seulement le souci d'amener les autres à se conduire « bien », selon son appréciation. Il croit qu'il est bon pour eux de « bien » se conduire. Il peut aussi estimer que sa réforme empêchera certaines formes d'exploitation de telle personne par telle autre (Becker, 1985, p. 172)

Ainsi, Becker nous fait comprendre que les créateurs de normes font des « croisades » morales qui visent l'amélioration de la société à travers un changement de norme, mais aussi l'amélioration de la vie des individus déviants. Il faut préciser que ces créateurs de normes proviennent souvent de milieux favorisés et visent à imposer leurs nouvelles normes sur les groupes d'individus plus défavorisés : « aider ceux qui sont en dessous d'eux à améliorer leur statut est un objectif typique des militants des croisades morales » (Ibid, p. 173). D'un autre côté, ceux qui appliquent la norme, dans le cas du TDAH, peuvent être des membres de professions de services de santé, de professions scolaires ou simplement de l'entourage de l'enfant.

Cependant, le simple fait de créer une norme n'a aucun impact sur la déviance si celle-ci n'est pas appliquée. Ainsi, l'analyse interactionniste de la déviance doit aussi s'intéresser aux groupes responsables d'appliquer les normes et à comment ils s'y prennent :

Mais la déviance est aussi le produit d'initiatives à un autre niveau. Une fois qu'une norme existe, il faut qu'elle soit appliquée à des individus déterminés avant que la catégorie abstraite de déviants que crée cette norme puisse se peupler. Il faut découvrir les délinquants, les identifier [...]. Cette tâche incombe ordinairement à des professionnels spécialisés dans l'imposition du respect des normes ; ce sont eux qui, en faisant appliquer des normes préexistantes, créent une catégorie spécifique de déviant, d'étranger à la collectivité. (Becker, 1985, p. 186-187)

C'est selon cette perspective d'individus chargés d'appliquer la norme, en découvrant et identifiant la déviance, que ce concept d'entrepreneur de morale permette de s'intéresser à l'impact de tous types d'acteurs impliqués dans le processus diagnostique du TDAH, tels les enseignants d'ordre primaire par exemple. Dans le cas du TDAH chez les enfants d'ordre primaire, les entrepreneurs de morale peuvent être les professionnels de

l'éducation⁷⁵, les professionnels de la santé⁷⁶, ainsi que l'entourage de l'enfant⁷⁷. Comme Becker (1985) s'intéressait notamment au contexte législatif (les lois), il avait surtout porté son analyse sur les policiers, comme étant ceux qui font appliquer la norme, notamment en identifiant les intentions et les intérêts de ceux-ci dans les manières d'appliquer (ou non) des lois. En effet, pour comprendre comment les nouvelles « lois » en santé mentale, créant de nouvelles catégories de déviants, sont appliquées à des individus déterminés, il faut donc comprendre les intentions et les intérêts des professionnels de l'éducation, qui font respecter ces lois (Becker, 1985).

2.5.2 L'étiquetage et le stigmat

Le concept d'étiquetage est intrinsèquement lié aux entrepreneurs de morale, puisque l'étiquetage est majoritairement opéré par ceux-ci. L'étiquetage réfère au processus d'attribution d'une « étiquette » à des individus considérés comme déviants de la norme (Becker, 1985). Le fait d'être étiqueté peut rendre la vie plus difficile à un individu⁷⁸ (Becker, 1985). Ce concept est très semblable à celui de stigmat, utilisé par Goffman (1963 [1975]) dans son ouvrage sur le traitement social des handicaps. Le stigmat fait référence à quelque chose de visible et de considéré comme « laid » par des individus, donc déviant. Une différence majeure est que le stigmat est visible, comme un handicap physique par exemple, tandis que les étiquettes de déviant ne sont pas nécessairement visibles, comme celle du TDAH par exemple. En ce sens, un stigmat social, comme l'anormalité d'être amputé d'un membre par exemple, est une forme de déviance qui suit l'individu majoritairement partout où il va (peut se faire juger lorsqu'on le voit); tandis que l'étiquette est l'acte d'intégrer l'individu à un groupe particulier de déviants. Un processus que les entrepreneurs de morale appliquent (dans leur conscience) sur l'individu. Ce qui rend déviant l'individu hors-norme, seulement si on l'applique à celui-ci et seulement si on prend conscience qu'il porte cette étiquette. Ce concept est tout aussi central dans l'analyse du TDAH, car le processus d'étiquetage est un synonyme conceptuel du processus diagnostique. Par exemple, on peut se référer à Morel (2014), tel que présenté dans la

⁷⁵ Enseignants, orthopédagogues, psychologues scolaires, TES, direction, etc.

⁷⁶ Médecin généraliste, pédiatres, pédopsychologue, psychiatre, infirmières, etc.

⁷⁷ Parents, membres de la famille, des amis de la famille, des parents d'autres enfants, etc.

⁷⁸ Le degré de difficulté lié à l'étiquette dépend des cas (plein de facteurs sociaux et psychologiques à tenir en compte).

problématique, qui affirmait que le contexte d'inclusion scolaire avait favorisé la médicalisation des difficultés scolaires, alors que le domaine médical aurait contribué à la création de catégories d'élèves à besoins éducatifs particuliers :

Comme on va le voir, la construction et la diffusion d'une telle métacatégorie [élèves à besoins éducatifs particuliers] ont largement favorisé la médicalisation de l'échec scolaire. Elle a, d'une part, contribué à banaliser l'analyse de l'échec scolaire en des termes médiopsychologiques. Beaucoup parmi les sous-catégories d'élèves à besoins éducatifs particuliers sont, en effet, définies à partir de critères médicaux. L'identification de profils particuliers d'élèves invite à une multiplication des modes de ciblage, et le monde médical, grand producteur de diagnostics, est particulièrement bien placé pour répondre à cette demande. Originellement pensé pour éviter les effets stigmatisants de l'étiquetage médical, le recours à la catégorie des élèves à besoins éducatifs particuliers a, par la suite, été dissocié de l'objectif initial de désenclavement du handicap et a favorisé, à l'inverse, l'imputation des difficultés scolaires à une longue série de troubles d'origine médico-psychologique, dont la résolution suppose l'intervention de professionnels du soin dans ou hors de l'école. (Morel, 2014, p. 70)

Cette création de telles catégories (étiquettes) médiopsychologiques⁷⁹ est un exemple précis de création d'une déviance qui aurait, comme la théorie de Becker l'annonce, favorisé la l'étiquetage médical de jeunes d'ordre primaire. Finalement, retenons qu'un stigmaté est un comportement ou un trait physique hors-norme, perceptible rapidement à l'œil et considéré socialement comme « laid » (non désirable). L'étiquette, elle, doit être attribuée, par un processus réflexif de mise en déviance. Elle correspond à l'intégration d'un individu déviant à un groupe de déviants similaires.

2.5.3 Les *Outsiders* les *Insiders*

On arrive ainsi au constat que la déviance, au sens sociologique du terme, « est toujours le résultat des initiatives d'autrui » (Becker, 1985, p. 186), puisque sans ces initiatives d'instauration des normes et d'applications des normes, il n'y aurait pas d'individus étiquetés comme déviants de ces normes, c'est-à-dire d'*Outsiders* (Becker, 1985). Ce concept fait référence aux individus qui sont placés, symboliquement et/ou littéralement, à l'extérieur du groupe d'individus « normaux », donc respectant la norme. Récemment, Otero et Collin (2015) ont proposé la notion d'*Insiders*, qui se trouve à être l'image inversée de la notion de Becker (1985) : « les insiders sont plutôt structurellement conformistes de par leur insertion sociale forte et stable, tandis que les outsiders, quant à eux, sont plutôt

⁷⁹ Par les entrepreneurs de morale qui créent les normes, ainsi que l'identification des jeunes qui s'y rapportent par les entrepreneurs de morale qui les appliquent.

structurellement anticonformistes de par leur insertion sociale précaire et leur socialisation moins aboutie » (Otero et Collin, 2015, p. 168).

Ainsi, pour appliquer ces concepts au TDAH, le premier niveau d'entrepreneurs de morale va déterminer ce qu'est la norme académique, comportementale et développementale des enfants. Dit autrement, ils vont établir une catégorie « normale » et, par conséquent, une catégorie d'*Outsiders*. On peut penser ici aux attentes du Ministère de l'Éducation, mais aussi aux attentes issues de recherches médico-psychologiques. En outre, le deuxième niveau d'entrepreneurs de morale va appliquer cette norme et, surtout, identifier ou dépister ceux qui n'atteignent pas ces normes. En cherchant à expliquer/définir ces situations anormales, notamment à travers un processus de comparaison normative à l'aide d'une catégorie « normale », ils vont considérer et choisir d'appliquer une étiquette de déviant. Plus précisément de « malade » dans le cas de ce mémoire, c'est-à-dire qu'ils vont choisir l'explication du TDAH pour catégoriser l'enfant anormal. Enfin, des actions vont être faites pour tenter de réintégrer les *Outsiders* dans la catégorie des *Insiders*. Ainsi, on va donner une médication psychostimulante en espérant que celle-ci les permettent de retourner dans la catégorie agréable des *Insiders*.

2.5.4 La cinquième étape de la conceptualisation

Ainsi, le concept de stigmatisme permet de comprendre comment l'individualisation d'un problème social mène à la déviance, alors que l'individu subissant ce problème devient anormal et devient stigmatisé comme tel. Cependant, par la médicalisation apparaît le diagnostic du TDAH. De stigmatisme, on passe à étiquette. Ainsi, s'intéresser au processus diagnostique du TDAH, d'un point de vue sociologique, implique nécessairement l'utilisation du concept d'étiquetage.

Ce processus d'étiquetage implique plusieurs acteurs. Le concept d'entrepreneur de morale permet de comprendre leur rôle dans ce processus. Dans le cas du TDAH, on a vu qu'il s'agit de plusieurs types d'acteurs. C'est par la socialisation professionnelle, les conventions professionnelles et leur intentionnalité, que ceux-ci intègrent ce rôle, ainsi que les normes desquelles ils deviendront porteurs.

C'est notamment à travers ces conceptions que Becker (1985) caractérise la déviance en termes d'action collective. On peut, d'une certaine manière, associer ces actions collectives

avec les représentations collectives de Durkheim. Il faut se souvenir que, même si ce dernier est le fondateur de la sociologie fonctionnaliste, une partie de son explication sur les représentations collectives avait une tendance interactionniste, alors qu'il a identifié qu'elles sont produites et transformées par les interactions entre individus. Si la sociologie de Durkheim, par les représentations collectives, permet de comprendre le TDAH de manière macrosociale, celle de Becker, par l'action collective, permet plutôt d'identifier le TDAH de manière microsociale.

En outre, le travail d'Otero et Collin (2015) est un autre exemple qui permet de considérer que les perspectives fonctionnalistes et interactionnistes de la déviance peuvent être complémentaires, alors qu'ils expliquent le TDAH en utilisant, eux aussi, des notions de Merton et celles de Becker. Dans une recherche sur l'usage extra médical des médicaments psychostimulants chez des étudiants universitaires, à des fins de performance scolaire, Otero et Collin (2015) identifient le type hybride d'« innovation-conformiste » en observant que l'utilisation de médication psychostimulante est une innovation en soi, mais qu'elle est de plus en plus légitime, donc conforme. De plus, tels qu'expliqués, ils proposent aussi la notion d'*Insiders*, pour expliquer que cette consommation de psychostimulants est complètement à l'opposé d'être un *Outsider*, puisqu'elle vise l'intégration à un groupe (ceux qui réussissent). Pour l'expliquer, les auteurs vont utiliser les notions de Merton, alors qu'il s'agit de conceptualiser comment un individu est conformiste, mais aussi innovateur (Otero et Collin, 2015). Ainsi, cette conceptualisation s'inspire de ces auteurs et tente d'agencer ces deux perspectives, soit celle de la réaction à l'anomie de Merton (1965) et celle de la désignation de Becker (1985). Le but étant de pouvoir expliquer la fonction sociale du TDAH, à travers les interactions par lesquelles le trouble s'inscrit dans le vécu. Puisqu'il s'agit de type de comportements qui peuvent être acceptables dans l'École, j'associe donc le conformisme, l'innovation et le ritualisme à la catégorie d'*Insiders*. À l'inverse, comme il s'agit de comportements non désirés dans l'École, j'associe l'évasion et la rébellion à la catégorie d'*Outsiders*.

Enfin, il convient de considérer le TDAH, comme le résultat d'enfants qui se sont adaptés inconsciemment à une certaine anomie dans le système d'éducation, par l'évasion et la rébellion, à travers des interactions entre ces mêmes jeunes et des entrepreneurs de morale qui souhaitent que ces enfants retrouvent le chemin de la norme. Ainsi, les entrepreneurs

de morale souhaiteraient, sans nécessairement en être conscient, que les jeunes s'adaptent à l'anomie par le conformisme et l'innovation, ou par le ritualisme; une explication fonctionnaliste qui s'accorde avec l'explication interactionniste de la déviance :

Nous devons considérer la déviance et les déviants, qui incarnent ce concept abstrait, comme un résultat du processus d'interaction entre des individus ou des groupes : les uns, en poursuivant la satisfaction de leurs propres intérêts, élaborent et font appliquer les normes sous le coup desquelles tombent les autres qui, en poursuivant la satisfaction de leurs propres intérêts, ont commis des actes que l'on qualifie de déviants. (Becker, 1985, p. 187)

Par rapport à l'objet de ce mémoire, deux nuances doivent toutefois être apportées à cette citation. Tout d'abord, si les entrepreneurs de morale poursuivent leurs propres intérêts, il faut noter qu'ils peuvent notamment avoir comme intérêt le bien-être de ceux qu'ils étiquettent (inconsciemment) comme déviant. Ensuite, comme il s'agit d'enfants d'ordre primaire, il est certain que par « satisfaction de leur propre intérêt », il est surtout question ici d'une satisfaction inconsciente.

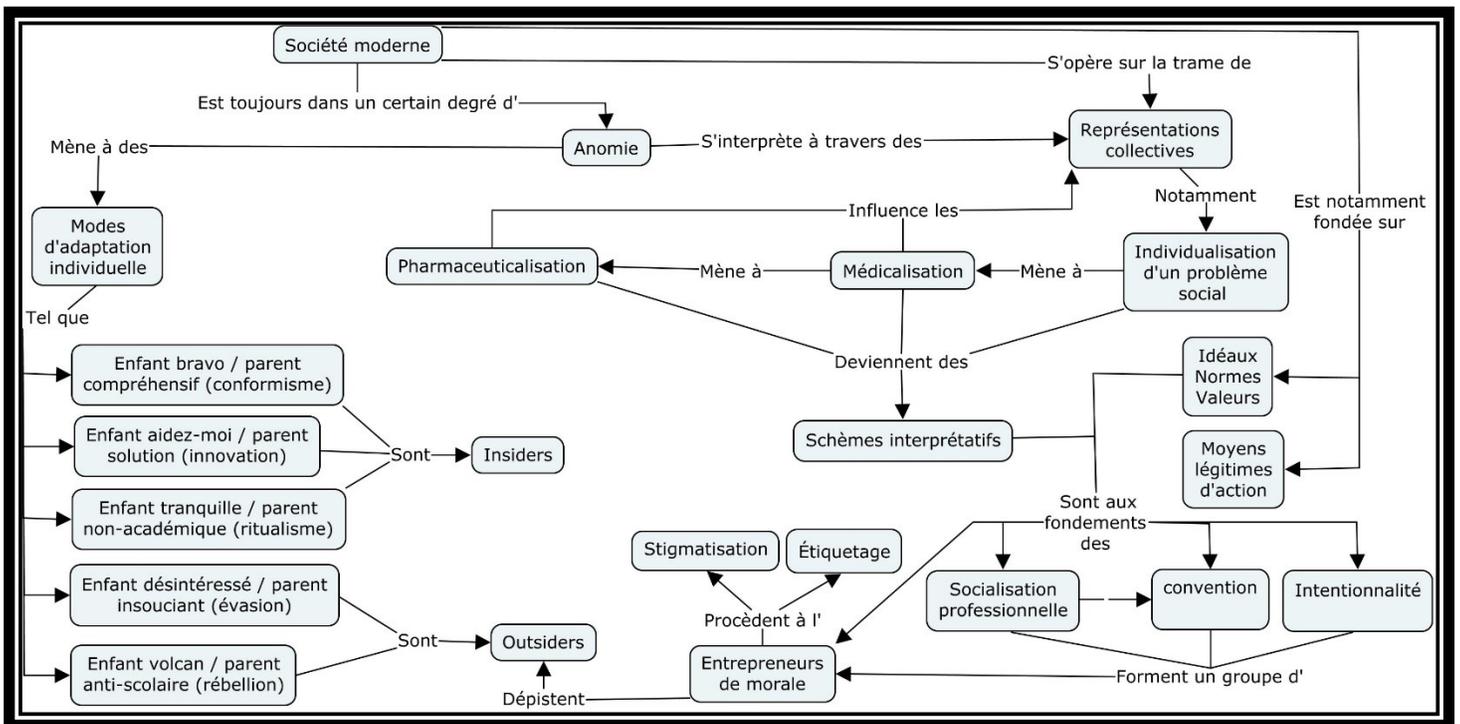


Figure 7 : La cinquième étape de la conceptualisation

2.6 Les concepts de biosocialisation et d'actant

Pour comprendre le concept de biosocialisation, il convient tout d'abord de définir la socialisation. Selon Berger et Luckmann (1966 [2014]), la socialisation est un processus qui permet une intériorisation de la compréhension et de la participation de l'individu, par celui-ci, dans le monde social dans lequel il s'insère. La socialisation « peut-être ainsi définie comme l'installation consistante et complète d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celle-ci » (Berger et Luckmann, 1966 [2014], p. 215). Cette socialisation est opérée par les autrui significatifs (Ibid) ; et elle est intrinsèquement liée à l'intériorisation, et au cadrage de l'individu, à l'intérieur des normes et des valeurs sociales :

Un comportement ou une pratique, auquel les comportements ou les pratiques d'un individu sont tenus de se conformer et qui leur servent donc de référence. [...] Pour Talcott Parsons, les normes dépendent de valeurs et conditionnent les rôles et les actions individuelles. Les normes sont transmises par la socialisation. Elles orientent les comportements dans une direction déterminée. (Lebaron, 2014, p. 158)

On comprend qu'il s'agit d'une référence de comportement ou de pratique dans une logique de conformisme. Tel que déjà spécifié, la socialisation fait partie des trois grands axes de la mission de l'École québécoise (Ministère de l'éducation, 2018). Ainsi, si les normes conditionnent les rôles et les actions, et qu'elles sont habituellement transmises par la socialisation dans le but d'orienter le comportement dans une direction déterminée ; le concept de biosocialisation permet d'identifier la manière d'agir sur le corps pour y « transmettre » les normes, c'est-à-dire d'identifier la manière biologique d'orienter le comportement dans une direction déterminée.

Une différence importante est que la socialisation est opérée par des individus, donc des acteurs, alors que le cas de la biosocialisation s'opère plutôt par le médicament. C'est ici que la théorie de l'acteur-réseau (Latour, 2005) devient importante. Cette perspective théorique permet notamment de prendre en compte les objets (non-humains), alors qu'ils sont considérés au même type que des acteurs dans les interactions sociales. Cependant, plutôt qu'être un acteur, par leur caractère inerte, l'objet sera conceptualisé comme actant. Il s'agit d'un concept qui permet d'analyser les actions, les déterminations et les répercussions qui sont entraînées par l'inscription d'un objet dans des situations, c'est-à-dire par leurs participations au processus (Beaudrillard, 1998). Donc, le concept d'actant se définit par la faculté d'un objet à agir et à avoir des conséquences dans une situation (Ibid).

2.6.1 La conceptualisation finale

Dans un contexte de médicalisation ayant mené à l'émergence de maladies normatives telles que le TDAH, pour lesquelles la pharmaceuticalisation a mené à la création de traitement pharmacologique, le concept de biosocialisation devient intéressant, dans le cadre de ce mémoire, dans la perspective selon laquelle « les médicaments deviennent des instruments de socialisation, voire de mise en conformité » (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009, p. xxvii). Ce qui mène au concept de biosocialisation, qui peut définir un processus dans lequel « le médicament joue un rôle dans le déplacement de la frontière entre inclusion et exclusion sociale, entre registres de la conformité et modalité de résistance aux normes sociales dominantes » (Otero et Collin, 2015, p. 160). Il s'agit donc de voir le médicament comme un actant qui aurait le « rôle » de biosocialiser. Cette conception du médicament comme actant peut aider l'analyse, alors que :

le médicament peut alors être considéré comme un acteur en ce qu'il porte en lui une capacité d'agir qui lui est propre dans un contexte donné (Duff, 2014). Il est alors nécessaire de prendre en compte l'agentivité des psychostimulants lorsqu'on se penche sur leurs usages (Robitaille, 2016, p. 69)

Robitaille suggère d'ailleurs, pour toute analyse sociologique impliquant un médicament, d'utiliser la théorie de l'acteur-réseau. Ainsi, le concept d'actant est nécessaire pour analyser sociologiquement la place d'une médication psychostimulante dans la mise en conformité d'élèves d'ordre primaire déviants.

De plus, comme la socialisation s'inscrit toujours dans un contexte social spécifique, « l'analyse microsociologique ou socio-psychologique des phénomènes d'intériorisation doit toujours s'accompagner en arrière-plan d'une compréhension macrosociologique de leurs aspects structurels » (Berger et Luckmann, 1966 [2014], p. 258). C'est pour cette raison que le concept de biosocialisation vient compléter cette conceptualisation, qui s'inscrit comme étant une compréhension macrosociale et microsociale du contexte social spécifique de l'émergence d'une socialisation des corps aux normes scolaires et sociales.

Finalement, cette conceptualisation identifie la médication psychostimulante comme actant, permettant la biosocialisation des corps d'élèves d'ordre primaire déviants de la norme, donc faisant partie des *Outsiders*, dans le but de les rediriger vers la norme, soit vers la catégorie des *Insiders*. Ainsi, selon les modes d'adaptation des élèves d'ordre primaire à l'anomie, inspirée par Merton, cette conceptualisation pose l'hypothèse que la médicalisation et la pharmaceuticalisation des difficultés scolaires sont les schèmes interprétatifs utilisés, de la part des entrepreneurs de

morale, afin de prévenir les jeunes présentant des caractéristiques d'*Outsiders*, semblant se diriger vers un mode d'adaptation de rébellion et/ou d'évasion ; afin de les rediriger dans une voie d'*Insiders*, qui les conduirait vers un mode d'adaptation de conformisme et/ou d'innovation, ou du moins de ritualisme.

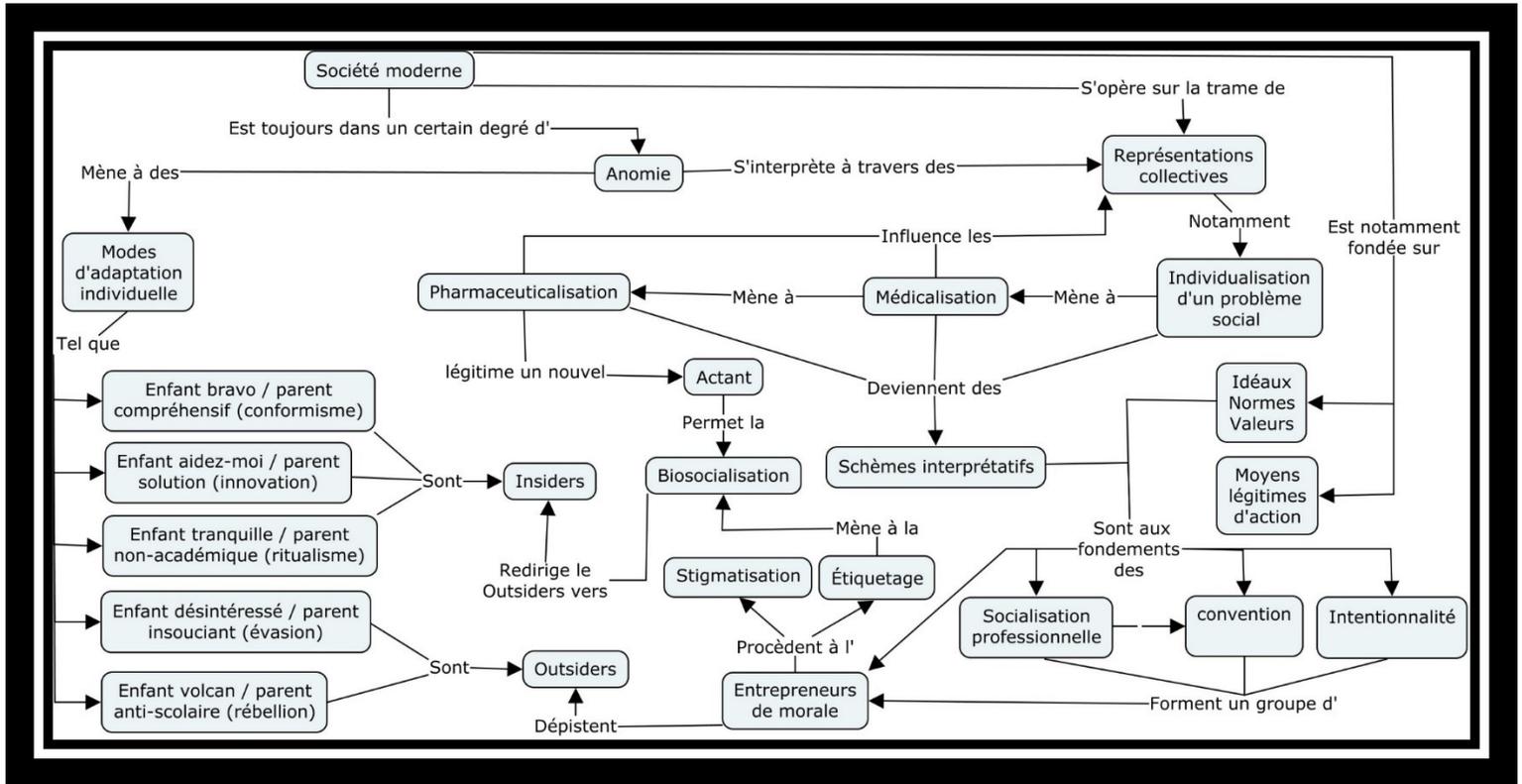


Figure 8 : conception sociologique finale

2.7 Réflexion sur la conceptualisation

Cette conceptualisation sociologique inédite est un outil qui vise non pas à comprendre le déviant (le jeune TDAH), mais à mettre en lumière certains des processus sociaux qui mènent à appliquer l'étiquette de déviant dans un contexte anémique. En ce sens, la conceptualisation sociologique qui a émergé implique un agencement de concepts logiquement reliés entre eux « et d'une portée non pas universelle, mais volontairement limitée » (Merton, 1965, p. 13). Volontairement limitée, dans le sens où cette conceptualisation ne se veut pas une théorie générale pouvant s'appliquer à un grand nombre de situations sociales, mais constitue plutôt un modèle qui pourrait s'appliquer, dans un certain degré, au phénomène du TDAH au Québec. Cette manière de conceptualiser suit les conseils de Merton (1965) lorsqu'il écrit sur la jeune science qu'est la sociologie (encore

aujourd'hui à mon avis) comparativement à d'autres sciences, ainsi qu'à la manière qu'il la voit se développer et évoluer :

Nous pouvons conclure de tout cela que la sociologie avancera dans la mesure où sa préoccupation majeure sera de développer des théories spécifiques, et qu'elle risque au contraire de marquer le pas, si elle s'oriente vers les théories générales. Je crois que notre tâche majeure, aujourd'hui, consiste à développer des théories applicables à une gamme limitée de données. (Merton, 1965, p. 18)

Ainsi, pour en arriver à des schémas conceptuels sociologiques efficaces, Merton suggérait qu'il faut d'abord travailler sur des théories spécialisées. Plus récemment, les méthodologues Quivy et Van Campenhoudt (1995) reconnaissent qu'un chercheur peut construire sa problématique en se référant à plusieurs approches théoriques différentes. Comme Merton, ils nous mettent cependant en garde sur la complexité de cette procédure, lorsqu'ils mentionnent qu'« il ne s'agit ici ni de retenir toutes ces approches théoriques dans leur ensemble, ni surtout de construire une mégathéorie dans laquelle toutes les autres se fonderaient et perdraient leur puissance d'élucidation respective » (Quivy et Van Campenhoudt, 1995, p. 99). C'est pourquoi les théories ne sont pas mobilisées dans leur ensemble, mais que j'ai plutôt mobilisé des concepts appartenant à plusieurs approches théoriques.

Conclusion

On arrive au terme d'un travail qui visait à discuter et à approfondir de manière théorique et conceptuelle la problématique de la construction sociale du TDAH. Il s'agissait de déconstruire l'objet suffisamment pour permettre d'observer les nombreux enjeux qui demeurent non résolus et pour justifier ainsi la pertinence d'une autre approche que l'approche du domaine médical pour mieux comprendre le trouble de manière empirique. En ce sens, une relecture sociologique de certains processus menant au diagnostic visait à présenter comment cette discipline peut apporter de nouvelles connaissances à l'égard du TDAH. Il est important de retenir que le trouble est encore interprété presque exclusivement selon un schème interprétatif biomédicale. Parallèlement, le traitement du trouble est presque exclusivement pharmacologique, malgré de nombreuses incertitudes et inquiétudes concernant les conséquences (effets négatifs potentiels) d'une prise de médication psychostimulante à court, moyen ou long terme sur la santé des usagers, mais aussi malgré les effets positifs limités de cette médication. Il a aussi été discuté d'un problème sur le plan des nombreuses disparités dans les processus diagnostiques qui peuvent mener les enfants vers un diagnostic et une consommation d'un tel médicament. Un processus diagnostique qui mobilise de nombreux acteurs (parents, professionnels scolaires, médecins). Ce qui suggère parfois la présence d'un haut degré de subjectivité lors de ces processus diagnostiques, qui peuvent se baser dans une certaine mesure sur des représentations collectives normatives et sur des comparaisons normatives entre les élèves. Ce qui pourrait être un des facteurs expliquant une augmentation significative de prévalence du TDAH et de la prescription de la médication psychostimulante en Occident au cours des 30 dernières années, surtout au Québec, qui se démarque d'une manière extraordinaire du reste du Canada, ce qui permet de faire l'hypothèse d'une situation de surdiagnostics et de surprescription. Il est d'ailleurs important de se rappeler des tendances statistiques qui permettent d'observer que des facteurs sociaux, non considérés dans la plupart des évaluations diagnostiques, influencent la prévalence du trouble et de son traitement, tel que l'effet d'âge ou le contexte socio-culturel par exemple. En ce sens, dans un contexte où l'opinion scientifique et l'opinion publique est parfois partagée sur l'aspect éthique d'une surprescription de médication à des enfants, ainsi que dans un système scolaire dit inclusif qui semble ne pas pouvoir offrir les ressources nécessaires à la différenciation scolaire, il semble prioritaire d'avoir accès à des connaissances scientifiques qui permettraient de mieux comprendre le TDAH, tant comme trouble neurologique que dans les processus sociaux qui l'influencent. Cependant, les recherches

actuelles ne permettent pas d'offrir de telles connaissances, notamment sur le plan de la socialisation des enseignants à l'égard des difficultés scolaires, de leurs rôles et objectifs en lien avec ces difficultés, ainsi qu'à l'égard des schèmes interprétatifs mobilisés par ceux-ci lors de leurs interventions auprès des jeunes « ayant des » difficultés scolaires.

Après avoir présenté une revue de littérature exhaustive, puisque les bases sociologiques qui peuvent permettre d'aborder le trouble existaient de manière limitée et incomplète, j'ai jeté des bases conceptuelles pour mener une telle entreprise⁸⁰. Partant du degré potentiel d'anomie présent dans L'École et dans la société, j'ai sélectionné et mis en liens de nombreux concepts qui peuvent expliquer, en partie, la construction sociale du TDAH, jusqu'au moment de l'étiquetage d'un élève comme TDAH, c'est-à-dire comme « déviant » de la norme.

Pour terminer, je tiens à préciser qu'un tel travail aurait définitivement été plus complet s'il avait été fait à travers une collaboration interdisciplinaire, qui aurait pu éclairer plus précisément des questions d'ordre neurologiques ou d'ordre pédagogique.

⁸⁰ Je présente en *Annexe 1* quelques illustrations de pistes méthodologiques qui pourraient permettre une éventuelle opérationnalisation de cette même conception théorique.

Bibliographie

- Abraham, J. (2010). « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions ». *Sociology*, 44(4), 603-622.
- American Psychiatric Association (2013). *Desk Reference to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. APA.
- Anciaux, V. (2007), *Étude des croyances des intervenants psychosociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières].
- Andrews, D. et Mahoney, W. (dir). (2012). *Children with School Problems* (2nd edition), Canada, Canadian Paediatric Society, Wiley.
- Anadòn, M. et Guillemette, F. (2007). « La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? ». *Recherches Qualitatives – Hors-Série*, 5, Actes du colloque recherche qualitative : les questions de l'heure.
- Anadòn, M. et Savoie-Zajc, L. (2009). « Introduction ». *Recherches qualitatives : L'analyse qualitative des données*, Association pour la recherche qualitative, 28(1), 1-7.
- Archer, T. et Kostrzewa, R. M. (2012). « Physical exercise alleviates ADHD symptoms: regional deficits and development trajectory ». *Neurotox Res*, 21, 195-209.
- Association des Médecins Psychiatres du Québec (2017, 6 novembre). *TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité)*. AMPQ. <http://ampq.org/info-maladie/tdah-trouble-du-deficit-de-lattention-avecsans-hyperactivite/>
- Baudrillard, J. et Coll. (1998). *Dictionnaire de la sociologie*. Encyclopaedia Universalis et Albin Michel.
- Becker, H. S. (1963 [1985]). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Métailié.
- Becker, H. S. (1988). *Les ficelles du métier*. La découverte.
- Becker, H.S. (2006). *Les mondes de l'art*. Flammarion, (J. Bouniort, trad.) (2e édition).
- Bell, S. et E. Figert (2012). « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward ». *Social Science et Medecine*, 75, 775-783.
- Berger, P. et Luckmann, T. (1966 [2014]). *La construction sociale de la réalité*. Armand Collin.

- Bergey, M. (2015). *The Rise of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Coaching: The Social Meanings and Policy Implications of a New Approach for Managing ADHD* [thèse partielle, Brandeis University].
- Besnard, P. (1997). « Modes d'Emploi du « Suicide » : Intégration et Régulation dans la Théorie Durkheimienne ». *The classical tradition in sociology; the european tradition*, 2.
- Bissel, P., Morgall Traulsen, J. et Stig Haugbolle, L. (2002). « How relevant is Marxist sociology for pharmacy practice research? ». *Sociology and pharmacy practice*, 10, 127-140.
- Bougeard, A.-S. (2012). *L'accord entre les parents et les enseignants dans l'évaluation des troubles de comportement des élèves du primaire* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke].
- Bourdieu, P. (1964). *Les héritiers*. Les éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. et Passeron, J.-C. (1970). *La Reproduction*. Les éditions de Minuit, Paris.
- Brault, M.-C. (2011). *Accroissement de la prévalence du TDA/H, de la consommation de psychostimulants et des symptômes dépressifs : l'importance du contexte social évaluée à partir des effets d'âge, de période et de cohorte* [thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Brault, M.-C. et Lacourse E. (2012). « Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactivity disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children: 1994- 2007 », *Can J Psychiatry*, 57(2), 93-101.
- Brice, D. (2009). *De la stigmatisation à la biomédicalisation? Analyse critique d'une quête de sens pour des parents ayant un enfant diagnostiqué d'un TDA/H* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal].
- Brown, T. (2005). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. Yale University Press.
- Catale, C. et Meulemans, T. (2013). « Diagnostic, évaluation et prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité : le point de vue du neuropsychologue ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 140-147.
- Centre Hospitalier Universitaire Ste-Justine (2018, 24 novembre). *La différence entre difficultés et troubles d'apprentissages*. CHUSJ. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Troubles-de-l'apprentissage/Definition/ Difference>
- Chazel, F. (1967). « Considérations sur la nature de l'anomie ». *Revue française de sociologie*, 8(2), 151-168.

- Cherkaoui, M. (1976). « Socialisation et conflit : les systèmes éducatifs et leur histoire selon Durkheim ». *Revue française de sociologie*, 17(2), 197-212.
- Cherkaoui, M. (1978). « Système social et savoir scolaire ». *Revue française de sociologie*, 28(2), 313-348.
- Cherkaoui, M. (1997). « Changement Social et Anomie : Essai de Formalisation de la Théorie Durkheimienne ». *The classical tradition in sociology; the european tradition*, 2, 240-274.
- Coar, L. et Sim, J. (2006). « Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals ». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 251-256.
- Cohen, S. (1983). « The mental hygiene movement, the development of personality and the school: The medicalization of American education ». *History of Education Quarterly*, 23(2), 123-149.
- Cohen, D., Claperton, I., Gref, P. et Tremblay, Y. (1999). *Déficit d'attention/ hyperactivité : perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Canada.
- Collin, J. (2005). « Médicament psychotrope : quelques mythes à détruire ». *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 115-134.
- Collin, J., Doucet, H., Lafortune, D., Monnais, M., Otero, M., Blanc, M.E. et Proulx, M. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec.
- Collin, J. et Otero, M. (2016). « De l'ère du Valium à celle du Prozac : Publicité sur les médicaments psychotropes et pharmaceuticalisation ». Dans Collin, J. et David, P.-M. (dir), *Vers une pharmaceuticalisation de la société ? Le médicament comme objet social* (25-52). Presse de l'Université du Québec.
- Collin, J. et Suissa, A.-J. (2007). « Les multiples facettes de la médicalisation du social ». *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33.
- Comité de Travail sur la Santé Mentale des Jeunes Suivis par les Centres Jeunesse (2007). Rapport, Gouvernement du Québec, Canada. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000987/>
- Commission de l'éthique de la Science et de la Technologie (2009). Avis : *Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*. Gouvernement du Québec, Canada. https://www.ethique.gouv.qc.ca/media/1086/medpsycho_avisfr.pdf
- Conrad, P. et Leiter, V. (2004). « Medicalization, Markets and Consumers ». *Journal of Health and Social Behavior*, 45(Extra Issue), 158-176.

- Conrad, P. (2006). *Identifying hyperactive children. The medicalization of deviant behavior*. Ashgate Publishing.
- Conrad, P. (2011). « Medicalization ». *Project Muse: Troubled Children: Diagnosing, Treating, and Attending to Context*, 41(2), S13.
- Conrad, P. et Bergey, M. (2014). «The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder». *Social science and Medecine*, 122, 31-43.
- Conseil Supérieur de l'Éducation (2017). *Avis : Pour une école riche de tous ces élèves*, Gouvernement du Québec, Canada.
- Currie, J., Stabile, M. et Jones, L. (2014). « Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD? ». *Journal of Health Economics*, 37, 58-69.
- Demaziere, D. et Dubar, C. (1997 [2004]). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion* (2^e édition). Presse de l'Université Laval.
- Dembélé, M. (2018, session d'hiver). *Cours ETA-6000 : Séminaire de recherche*. Université de Montréal, Département d'Administration et Fondements de l'Éducation.
- Déry, M., Lapalme, J., Toupin, P., Verlaan, P. et Pauzé, R. (2007). « Hétérogénéité des troubles du comportement au primaire et perceptions de la situation sociale et familiale des élèves ». *Revue des sciences de l'éducation*, 33(1), 109-126.
- Direction de l'adaptation Scolaire et des Services Complémentaires (DASSC) (2004). *Le plan d'intervention...Au service de la réussite de l'élève : Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*. Gouvernement du Québec, Canada.
- Doré, C. et Cohen, D. (1997). « La prescription de stimulants aux enfants « hyperactifs » : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants ». *Santé mentale au Québec*, 22(1), 215-238.
- Duchesne, S. (2000). « L'entretien non-directif » (9-30). Dans *Les méthodes au concret*, PUF.
- Dupaul, G. J., Pollack, B. et D. Pinho, T. (2017). « Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ». Dans Goldstein, S. et Drevries (dir), M., *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*, Springer international publishing, Gewerbestrasse.
- Durkheim, É. (1893 [2007]). *De la division du travail social*. PUF.
- Durkheim, É. (1894 [2002]). *Les règles de la méthode*. Chicoutimi, Classiques des sciences sociales : Les auteur(e)s classiques (édition électronique). http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/education_socio/education_socio.html

- Durkheim, É. (1897 [2002]). *Le suicide (tome2) : Causes sociales et types sociaux*. Chicoutimi, Classiques des sciences sociales : Les auteur(e)s classiques (édition électronique). http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/suicide/suicide_Livre_2.pdf
- Durkheim, É. (1898). « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(3), 273-302.
- Durkheim, É. (1912 [1968]). *Les Formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie. Livre iii. Les principales attitudes rituelles* (5^e édition, 425-647). Les Presses Universitaires de France.
- Durkheim, É. (1922 [2002]). *Éducation et sociologie*. Chicoutimi, Classiques des sciences sociales : Les auteur(e)s classiques (édition électronique). http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html
- Elder, T. (2010). « The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates ». *Journal of Health Economics*, 29, 641-656.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, Chenelière Éducation.
- Fourneret, P., Boutiere C. et Revol, O. (2005). « Trouble hyperactif avec déficit de l'attention ou dysharmonie d'évolution ? Soyons sûrs... ». *Archives de pédiatrie*, (12), 1168-1173.
- Garnier, C., Marinacci, L., Grandtner, A. M., Quesnel, M., Richard, M., Giroux, L., Lambert, I., Ouellet, C., Hall, V. et Gigling, M. (2000). *Analyses des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes : Rapport de recherche*. CIRADE.
- Goffman, E. (1963 [1975]). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit.
- Gonon, F., Guile, J.-M. et Cohen, D. (2010). « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58, 273-281.
- Gouvernement du Québec, Ministère de L'éducation (2000). *Rapport du comité-conseil sur le Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*. Rapport, Gouvernement du Québec, Canada.
- Gouvernement du Québec, Ministère de L'éducation (2000). *TDAH – Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité - Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*. Plan d'action, Gouvernement du Québec, Canada.
- Gouvernement du Québec (2007). *Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*. Rapport, Gouvernement du Québec, Canada.

- Hammarrenger, B. (2018, 5 février). *TDAH*. AQNP.
<https://aqnp.ca/documentation/developmental/tdah>
- Herzlich, C. et Pierret, J. (2010). « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) ». *Revue française de sociologie*, 51(1), 121-148.
- Honorez, J.-M. (2006). « La médicalisation de problèmes scolaires (119-129) ». Dans Yves Montoya, Martinez, J.-P. et Boutin, G. (dir), *L'école actuelle face au changement : instruire, éduquer ou socialiser*, Presses de l'Université du Québec.
- Imeraj, L., Antrop, I., Roeyers, H., Deboutte, D., Deschepper, E., Bal, S. et Sonuga-Barke, E. (2016). « The Impact of Idle Time in the Classroom: Differential Effects on Children With ADHD ». *Journal of Attention Disorders*, 20(1).
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS) (2017[1]). *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins*. Gouvernement du Québec.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS-Rapport_TDAH_Qc.pdf
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS) (2017[2]). *Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*. Gouvernement du Québec.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_IMS.pdf
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS) (2017[3]). *Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins*. Gouvernement du Québec.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_SS.pdf

- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS) (2017[4]). *Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées*. Gouvernement du Québec.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_RS-TDAH.pdf
- Jasso-Aguilar, R. et Waitzkin, H. (2011). Multinational corporations, the state, and contemporary medicine. *Health Sociology Review*, 20(3), 245-257.
- Jodelet, D. (2006). « Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales (235-255) ». Dans Hass, V., *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*. Les Presses universitaires de Rennes.
- Kalubi, J.-C. et Lesieux, É. (2006). « Alliance entre enseignants et parents d'élèves présentant des difficultés d'attention : une analyse sémiotique des perceptions du diagnostic ». *Revue des sciences de l'éducation*, 32(3), 567-591.
- Kawachi, I. et Conrad, P. (1996). « Medicalization and the pharmacological treatment of blood pressure ». Dans Davis, P., *Contested ground. Public purpose and private interests in the regulation of prescription drugs*. Oxford University Press.
- Keller, R. (2007). « L'analyse de discours du point de vue de la sociologie de la connaissance. Une perspective nouvelle pour les méthodes qualitatives ». *Recherches Qualitatives, Hors-Série - 3*, 287-306.
- Kovaleski, J. F. (2007). « Potential Pitfalls of Response to Intervention (80-89) ». Dans *Handbook of Response To Intervention, The Science and Practice of Assessment and Intervention*. Springer.
- Lafortune, D. et Collin, J. (2006). « La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche ». *Canadian psychology*, 47(3), 155-169.
- La Grenade, C. (2017). *Représentations sociales des enseignants et pratiques pédagogiques en contexte d'inclusion des étudiants en situation de handicap non visible au collégial* [thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Lamoureux, S. (2008). « Du pratique au théorique : La sociologie phénoménologique d'Alfred Schütz et la question de la coupure épistémologique ». *Bulletin d'analyse phénoménologique IV*, 169-188.
- Larouche, R. (1984). « La socialisation professionnelle des éducateurs physiques ». *Revue des sciences de l'éducation*, 10(3), 515-540.

- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory*. Oxford University Press.
- Lavoie, G., Thomazet, S., Feuilladiou, S., Pelgrims, G. et Ebersold, S. (2013). « Construction sociale de la désignation des élèves à "besoins éducatifs particuliers" : incidences sur leur scolarisation et sur la formation des enseignants ». *European Journal of Disability research*, 7, 93-101.
- Lebaron, F. (2014). *Les 300 mots de la sociologie*. Dunod.
- Le Breton, D. (2012). « Les grands axes théoriques de l'interactionnisme », *L'interactionnisme symbolique*, 45-98.
- Lecompte, M. D., Preissle, J. et Tesch, R. (1993). *Ethnography and qualitative design in educational research*. Academic Press.
- Letarte, M., Nadeau, M., Lessard, J., Normandeau, S. et Allard, J. (2011). « Le rôle de la collaboration famille-école dans la réussite scolaire d'enfants ayant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité ». *Service social*, 57(2), 20-36.
- Liotard, J.-F. (2011). *La phénoménologie*, PUF.
- Mahoney, W. (2012). « Chapitre 1: Overview of Children with Learning Problems, Schools, and Approaches to Helping ». Dans Andrews, D. et Mahoney, W., *Children with School Problems: A Physician's Manual*. Canadian Paediatric Society, Wiley.
- Malacrida, C. (2003). *Cold Comfort: Mother, Professionals, and Attention Deficit Disorder*. University of Toronto Press.
- Marcot, F. (1997). « Pour une sociologie de la Résistance: intentionnalité et fonctionnalité », *Le Mouvement Sociale*, 180, 21-41.
- Marx, K. (1867 [1968]). « Postface de la deuxième édition allemande du Capital ». *Œuvres, Économie I*, 552-559.
- Massé, L., Couture, C. et Anciaux, V. (2010). « Connaissances et croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention ». *Santé mentale au Québec*, 35(1), 152-179.
- Mccarthy, S., Wilton, L., Murray, M. L., Hodgkins, P., Asherson, P. et Wong, I. (2012). The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care. *BMC Pediatrics*, 12(78).

- Métivier, M. (2006). *Analyse comparative des représentations de parents et d'enseignants concernant les élèves ayant un trouble déficitaire de l'attention et/ou de l'hyperactivité en milieu défavorisé* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal].
- Merton, R. K. (1965). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. The Free Press.
- Ministère de l'Éducation (2018, 21 mars). *Les trois grands axes de la mission de l'école québécoise*. <http://www.education.gouv.qc.ca/dossiers-thematiques/lecture/bibliotheques-scolaires/pourquoi-une-bibliotheque/orientations-pedagogiques/>
- Monzée, J. (2015). « *J'ai juste besoin d'être compris !* ». Le Dauphin Blanc.
- Morandi, F. (2006). « Difficulté d'enseigner, difficultés d'apprendre (61-71) ». Dans Montoya, Y., Martinez, J.-P. et Boutin, G., (dir), *L'école actuelle face au changement : instruire, éduquer ou socialiser*. Presses de l'Université du Québec.
- Morel, S. (2012). « Les professeurs des écoles et la psychologie. Les usages sociaux d'une science appliquée ». *Sociétés contemporaines*, 85, 133-159.
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. La Dispute.
- Morrisette, J. (2013). « Recherche-action et recherche collaborative. Quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? ». *Recherches participatives*, 25(2), 35-49.
- Morrisette, J. (2018, session d'hiver). *Cours ETA-6512: L'analyse des données qualitatives*, Université de Montréal ; Département d'Administration et Fondements de l'Éducation.
- Morrisette, J. et Demazière, J. (2018). L'expérience du personnel enseignant formé à l'étranger dans les écoles de Montréal. Apports et enseignements d'une recherche collaborative. *Éducation et francophonie*, 46(2), 189-207. https://www.acelf.ca/c/revue/pdf/EF-46-2-189_MORISSETTE_46-2_vf.pdf
- Morrisette, J., Demazière, D., T. Larose, M., Diédhiou, S.B.M. et Arcand, S. (2020). « La confrontation de conventions professionnelles au cœur de la socialisation d'enseignants formés à l'étranger travaillant dans l'école montréalaise ». *Revue des sciences de l'éducation*, 45(2), 100-128.
- Morrisette, J. et Demazière, D. (soumis). « L'expérience des enseignants migrants dans les écoles au Québec. Une approche par les chocs entre conventions professionnelles tacites ». chapitre de *livre à définir*.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand colin.

- Orfali, B. (2000). « Les représentations sociales: un concept essentiel et une théorie fondamentale en sciences humaines et sociales ». *L'Année sociologique*, 50(1), 235-254.
- Otero, M. et Collin, J. (2015). « Insiders, smart drugs et pharmaceuticalisation : éléments pour une typologie de la nouvelle déviance conformiste ». *Cahiers de recherche sociologique*, 59-60, 157-178.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). « L'analyse thématique (3e éd., 231-312) ». Dans *L'analyse qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Papazian-Zohrabian, G., Rousseau, C., Roy, D., J. Arauz, M. et Laurin-Lamothe, A. (2015). « La santé mentale à l'école : "Apprivoiser la complexité !". Évaluation d'une formation-accompagnement ». *Revue canadienne de l'éducation*, 38(1), 1-24.
- Parker, A. et Corkum, P. (2016). « ADHD Diagnosis: As Simple As Administering a Questionnaire or a Complex Diagnostic Process? ». *Journal of Attention Disorders*, 20(6), 478-486.
- Perrault, A.-C., Parent, V. et Guay, M.-C. (2019). « Utilité des tests cognitifs pour prédire le diagnostic de TDAH présentation mixte chez des jeunes âgés de 8 à 15 ans ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 51(1), 61-69.
- Pinell, P. et Zafirooulos, M. (1978). « La médicalisation de l'échec scolaire [De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile] ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24, 23-49.
- Polanczyk G, De Lima Ms, Horta Bl, Biederman J et Rohde La (2007). *The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis*. *Am J Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Ponnou, S. (2018). « L'hyperactivité/TDAH : un analyseur de l'apport des neurosciences aux pratiques médiatiques, éducatives et à la formation des travailleurs sociaux ». *Éducation et socialisation ; Les cahiers du CERFEE : Neurosciences et éducation – Varia*, 49, 1-49.
- Pourpart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer R. et Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin.
- Prosser, B. et Reid, R. (2013). « The DSM-5 changes and ADHD: More than a tweak of terms ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(12), 1196-1197.
- Prosser, B. (2015). « Attention deficit hyperactivity disorder in Australia: Perspective from the sociology of deviance ». *Journal of Sociology*, 51(3), 596-612.
- Quesnel, M. (2008). *Une étude exploratoire : les psychostimulants et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) dans le contexte scolaire des enfants au primaire*. Thèse (Sciences humaines appliquées), Université de Montréal, 428 p.

- Rafalovich, A. (2004), *Framing ADHD Children. A Critical Examination of The History, Discourse, and Everyday Experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Maryland: Lexington Books.
- Rafalovich, A. (2005). « Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder ». *Sociology of Health and Illness*, 27(3), 305-323.
- Ramtekkar, U., Reiersen, A., Todorov, A. et Todd, R. (2010). « Sex and age differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11 ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(3), 217-228.
- Rénéric, J.-P. (2012). « Les psychostimulants dans le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez l'enfant et l'adolescent ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 30-34.
- Richard, S. (2014, session d'hiver). *Cours SOL-1016: Déviance, exclusion et contrôle sociale*. Université de Montréal ; Département de Sociologie.
- Ritzer, G. et Ryan, M. (2011). *The concise encyclopedia of sociology*. Willey-Blackwell.
- Robitaille, C. (2016). « Les psychostimulants dans l'espace virtuel. Un autre regard sur la pharmaceuticalisation (53-74) ». Dans Collin, J. et David, P.-M. (dir), *Vers une pharmaceuticalisation de la société ? Le médicament comme objet social*. Presse de l'Université du Québec.
- Robitaille, C. et Collin, J. (2016). « Prescription Psychostimulant Use Among Young Adults : A Narrative Review of Qualitative Studies ». *Substance Use et Misuse*, 51(3), 356-369.
- Rotermann, C., Sanmartin, C., Hennessy, D. et Arthurall, M. (2014). « Prescription medication use by Canadians aged 6 to 79 ». *Components of statistics Canada Catalogue*, 82-003-X, 3-9.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2014006/article/14032-eng.pdf?st=t7yMYfqt>
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. The Book Press.
- Société Canadienne de Pédiatrie (2018, 24 novembre). *Les enfants ayant des troubles d'apprentissage*. CPS. <https://www.cps.ca/fr/issues-questions/troubles-apprentissage-et-autres-problemes-scolaires>
- Steiner, P. (1994 [2018]). *La sociologie de Durkheim* (5^e édition). La découverte.
- Trépanier, N. (2017). *Cours PPA 6304 : Modèles de service, intégration scolaire*, Université de Montréal, Département de psychopédagogie et andragogie.
- Visser, S., Danielson, M., Bitsko, R., Holbrook, J., Kogan, M., Ghandour, R., Perou, R. et Blunberg, S. (2014). « Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosed and Medicated

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: United States, 2003-2011 ». *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46.

Weber, M. (1919 [2003]). *Le savant et le politique*. La découverte/poche.

Willcutt, E.G. (2012). « The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review ». *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

Williams, S. J., Martin, P. et Gabe, J. (2011). « The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis ». *Sociology of Health et Illness*, 33, 710-725.

Williamson, D., Murray, D.W., Damaraju, C.V., Ascher, S. et Starr, H.L. (2014). « Methylphenidate in Children With ADHD With or Without Learning Disability ». *Journal of Attention Disorders*, 18(2), 95-104.

Annexes

Annexe 1- Propositions méthodologiques pour une opérationnalisation du cadre théorique

L'étranger, lui, ne partage pas ces présupposés de base. Il devient essentiellement l'homme qui doit remettre en question à peu près tout ce qui semble aller de soi aux membres qu'il aborde [...] tout concept de départ devient nécessairement inadéquat
(Schutz, l'étranger, 2003, p. 19).

Ce mémoire a permis, d'une part, de présenter un portrait médical, un portrait statistique, un portrait des pratiques courantes et un portrait sociologique de la construction sociale du TDAH et, d'autre part, d'introduire une conceptualisation sociologique inédite de la médicalisation et de la pharmaceuticalisation du trouble. Dans cette annexe, il est question de présenter comment on pourrait opérationnaliser cette conceptualisation et favoriser l'accès à des données pertinentes pour permettre à des chercheurs et chercheuses de conduire des analyses sur l'objet de ce mémoire.

Puisque ce mémoire propose de comprendre le TDAH comme étant un phénomène socialement construit et situé, la méthode de recherche privilégiée devrait permettre de saisir le sens des acteurs qui participent à la construction sociale ce phénomène et, donc, qui l'influencent. Elle devrait aussi donner l'opportunité aux chercheurs et chercheuses de pouvoir saisir les contextes dans lesquels ce cette construction de sens s'inscrit, c'est-à-dire ceux qui ont favorisé cette construction de sens par ces acteurs et ceux dans lesquels elle est mobilisée.

En ce sens, une étude majoritairement qualitative serait pertinente. La conduite d'un tel type d'enquête pourrait s'opérer selon plusieurs critères distincts, dépendamment du cas étudié : les données que l'on souhaite produire et le type de participants, les outils et les démarches de collecte de ces données, les diverses étapes de la démarche de cueillette, ainsi que les diverses stratégies analytiques.

Tout d'abord, les participants de la recherche seraient les membres de l'écologie scolaire (enseignants, professionnels, élèves, parents, gestionnaires, formateurs), mais aussi certains acteurs du domaine médical (médecin généraliste, pédopsychiatre ou psychiatre, pédiatre, psychologue, neurologue) avec qui ils interagissent. Ensuite, pour ce qui est des outils et démarches de collectes, j'identifie trois sources potentielles de production des données, soit l'observation, l'entretien semi-dirigé et la consultation d'artéfacts. Celles-ci pourraient être opérées à l'aide de grilles de collecte. Voici donc une grille d'observation, une grille d'entretien et une grille de consultation d'artéfact,

qui permettent de donner des exemples d'une opérationnalisation du cadre conceptuel présenté dans ce mémoire :

Tableau 4 : Exemple de grille d'observation.

Situations à observer	Points d'attention
Interactions formelles entre membres du personnel (réunions, collaboration)	Sujets liés aux difficultés scolaires, termes utilisés, questions entre eux, conseils, apprentissages, adaptations scolaires prévues, stratégies éducatives, ressources mobilisées, manières d'être et de faire, positions d'autorité.
Interactions informelles entre membres du personnel (rencontres dans les corridors, salle des employés)	Sujets liés aux difficultés scolaires, termes utilisés, questions entre eux et apprentissages, manières d'être et de faire, positions d'autorité, ressources mobilisées.
Interactions formelles avec les élèves (cours, rencontres, aide pédagogique)	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire, termes utilisés, adaptations scolaires en classe, conseils, questions posées à l'élève, ressources mobilisées, gestion de classe, socialisation, positions d'autorité.
Interactions informelles avec les élèves (rencontres dans les corridors, dans la cour)	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire, termes utilisés, questions posées à l'élève, ressources mobilisées, gestion des comportements, socialisation, positions d'autorité.
Interactions formelles avec les parents (rencontres, aide pédagogique)	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire, termes utilisés, discussions sur l'élève, conseils, questions posées entre eux, ressources mobilisées, positions d'autorité.
Interactions informelles avec les parents (rencontres dans les corridors, dans la cour)	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire, termes utilisés, discussions sur l'élève, conseils, questions posées entre eux, ressources mobilisées, positions d'autorité.
Interactions formelles avec des professionnels du domaine médical.	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire, termes utilisés, discussions sur l'élève, conseils, ressources mobilisées, questions posées entre eux, positions d'autorité.

Questions d'un entretien semi-dirigé

Parlez-moi de votre parcours académique.

Parlez-moi de votre carrière.

Parlez-moi du portrait général de l'école et du quartier ; parlez-moi des conditions d'enseignement.

Parlez-moi de votre classe et de vos élèves, en me faisant un portrait global.
Faites-moi un portrait des difficultés scolaires dans votre classe.
Parlez-moi des moyens d'action à prendre pour aider ces enfants avec ces types de difficultés. <ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de l'offre de services à ces élèves. • Parlez-moi des moyens d'action que vous prenez pour aider ces élèves. • Parlez-moi des mesures d'adaptation scolaires dans votre classe.
Parlez-moi des conditions qu'un élève doit remplir pour recevoir ces services.
Parlez-moi de différents troubles scolaires que vos élèves ont eus au cours de votre carrière.
Parlez-moi de la collaboration avec les différents spécialistes. <ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de la collaboration avec les spécialistes dans les murs de l'école. • Parlez-moi de la collaboration avec des spécialistes au privé.
Parlez-moi de la collaboration entre enseignants dans l'école. <ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de l'échange d'information sur les élèves avec des difficultés scolaires.
Parlez-moi des différentes médications prises par les élèves au cours de votre carrière.
Parlez-moi des changements chez les enfants dus à la médication. <ul style="list-style-type: none"> • Des changements entre l'avant et l'après la prise de médication. • Est-ce que c'est connu des autres élèves ?
Parlez-moi d'un processus diagnostique typique. <ul style="list-style-type: none"> • Comment est-ce que celui-ci commence ? • Qui « lève le flag », de qui émerge l'hypothèse d'un problème ? • Qui a la responsabilité d'en parler aux parents ? • Parlez-moi de ce moment avec le parent.
Parlez-moi d'un élève que vous avez eu et avec lequel vous avez vécu son processus diagnostique du TDAH. <ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi des relations au cours de ce processus (parents, médecin, orthopédagogue, spécialistes). • Parlez-moi de vos rôles. • Parlez-moi des documents à remplir.
Parlez-moi d'un cas TDAH dans votre classe cette année.
Parlez-moi d'un cas que vous avez eu au cours de votre carrière, qui vous vient en tête lorsqu'on parle de TDAH.
Admettons que je n'ai jamais entendu parler du TDAH, brièvement, en 2-3 minutes, comment m'expliquerais-tu ce qu'est le TDAH ?
Comment avez-vous acquis vos connaissances sur le TDAH ? <ul style="list-style-type: none"> • Si c'est le cas, parlez-moi de comment vos connaissances ont changé sur le TDAH depuis votre entrée à l'université, jusqu'à aujourd'hui.
Comment avez-vous acquis vos connaissances sur la médication ?

<ul style="list-style-type: none"> • Si c'est le cas, parlez-moi de comment vos connaissances ont changé sur la médication depuis votre entrée à l'université, jusqu'à aujourd'hui.
Parlez-moi des discussions que vous pouvez avoir avec des collègues, à l'égard du TDAH.
Parlez-moi des possibles conséquences que peut vivre un enfant TDAH, à court et moyen terme. <ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi des conséquences à long terme d'un enfant TDAH qui ne serait pas diagnostiqué.
En vous positionnant comme parent, si je vous dis qu'on n'a aucune idée des conséquences à long terme d'une prise de médication psychostimulante, mais que votre enfant a des difficultés scolaires liées à un potentiel TDAH, en donnez-vous à vos propres enfants ?
À l'inverse, si je dis qu'une longue étude menée sur 50 ans en vient à la conclusion qu'il n'y a aucune conséquence sur la santé liée à la prise de ce médicament, est-ce que vous en donnez à vos enfants s'ils sont diagnostiqués TDAH ?
Avez-vous autre chose à dire sur le sujet des difficultés scolaires et/ou sur le TDAH et/ou sur tout autre sujet ?

Tableau 5 : Exemple d'une grille d'entretien semi-dirigé

Consultation d'artéfacts	Données à y extraire
Sites internet de l'école et/ou de la commission scolaire.	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire mises de l'avant, termes utilisés, informations sur les élèves, conseils, ressources proposées, normes, règlements, éléments de connaissances, disciplines scientifiques ou groupe d'appartenance, procédures, positions d'autorité.
Affiches dans l'école.	
Manuels, ouvrages ou tous documents disponibles aux membres du personnel.	
Tous documents transmis aux parents.	Sujets liés aux difficultés scolaires, manières d'être et de faire mises de l'avant, termes utilisés, informations sur les élèves, conseils, ressources proposées, normes, règlements, procédures, positions d'autorité.
Plan d'intervention.	
Dossiers des enfants TDAH et/ou avec des difficultés scolaires.	
Documents transmis à une ressource d'aide pédagogique privée.	
Documents transmis à un professionnel du domaine médical en fonction d'un processus diagnostique.	

Tableau 6 : Exemple de grille de consultation d'artéfacts

Annexe 2 - Première phase d'exploration

Ma recherche documentaire est divisée en trois phases distinctes, allant d'une phase d'exploration imprécise vers des critères de recherche plus précis. Elle s'est notamment précisée selon un angle sociologique, pour des raisons que j'expliquerai plus loin.

Comme je m'intéressais au TDAH en général, que je n'avais pas encore d'angle précis de recherche et que j'avais la volonté d'en connaître plus sur le sujet, cette première phase d'exploration était assez large, dans le sens que j'ai utilisé très peu de critères d'inclusion ou d'exclusion. Ma recherche était multidisciplinaire (sociologie, éducation, psychologie, neurosciences, médecine), et concernait tout ce que je pouvais trouver qui abordait le processus historique de l'émergence du TDA/H dans les sociétés contemporaines : le processus diagnostique du TDA/H ; les représentations et les perceptions du TDA/H chez les acteurs ou dans les disciplines ; les conceptions scientifiques du TDA/H ; ainsi que les documents ou études statistiques sur la prévalence du TDA/H. Le *tableau 1* présente les termes ayant été utilisés lors de cette première phase de recherche, alors que le *tableau 2* présente les moteurs de recherche utilisés. Le seul critère d'inclusion était que les documents devaient être sous la catégorie « Revue par les pairs ».

Mots / expression	Termes équivalents (synonymes)	Traduction anglaise (lorsque différent)	Mots familiers plus larges	Mots familiers plus précis
TDAH / trouble d'apprentissage	Difficulté d'apprentissage / Difficulté scolaire / Trouble déficitaire de l'attention / difficultés d'adaptation	ADHD / School problems / Attention-deficit disorder / Learning disabilities	Santé mentale / pathologi* / troubles mentaux / troubles neurologique	
Médicament*	Pilules, prescri*	Smart drugs / Psychostimulant / Pharmacotherapy / pills	Traitement / Neuromédicament / Thérap* / Intervention / Prévention / Prise en charge	Psychotropes // Dexédrine / Adderall / Vyvanse / Méthylphénidate / Biphentin / Concerta / Strattera / Intuniv

Tableau 7 : Termes utilisés lors de la phase 1 de recherche documentaire

Google Scholar Ameq en ligne Dissertations et These global (ProQuest) Eric (proquest) Famili@ Erudit Sociological abstract (ProQuest) Persée Social science abstract (EBSCO) Francis

Tableau 8 : Moteurs de recherches

Cette première recherche a donné de très nombreux résultats qui m'ont amené à établir des critères de sélection. Premièrement, en lisant les résumés des articles, j'ai conservé les articles sur les données statistiques du TDAH ; les articles de recherches empiriques sur le TDAH ; ainsi que les articles théoriques ou référentiels traitant du TDAH, de la médicalisation ou de la pharmaceuticalisation. J'ai retenu tous les articles québécois ou canadiens et également, des articles américains, européens et australiens. Deuxièmement, comme ma recherche s'inscrit dans une perspective sociologique, j'ai retenu tous les articles issus de cette discipline. Toutefois, comme il y avait énormément de documents d'autres disciplines, telles que la psychologie, les neurosciences et la médecine en générale, j'ai dû procéder à une sélection selon la pertinence. Mon but était de sélectionner des ouvrages qui m'informerait de la vision du TDAH selon ces disciplines, d'une manière générale. C'est pourquoi j'ai d'abord sélectionné des ouvrages de référence tirés du domaine médical. Je pense ici aux DSM, publiés par l'*American Psychiatric Association* ; ainsi qu'au manuel de référence *Children with School Problems ; A Physician's manual* (2012), publié par l'Association canadienne de pédiatrie. J'ai aussi consulté des sites internet, tels que ceux de l'association des pédiatres du Québec et de l'association des psychiatres du Québec. Finalement, j'ai aussi retenu l'avis ministériel *Pour une école riche de tous ces élèves* (2017), du Conseil Supérieur de l'Éducation ; ainsi que l'avis *Médicaments Psychotropes et Usages Élargis : Un Regard Étique* (2009), publié par la Commission de l'Éthique de la Science et de la Technologie. Grâce à cette première recherche documentaire, j'ai pu identifier des concepts clés des différentes analyses sociologiques du TDAH, et j'en suis aussi venu à questionner plus précisément le rôle des professionnels scolaires dans le processus diagnostique du TDAH.

Annexe 3 -Deuxième phase de la recherche documentaire

C'est sur la base de ces considérations que j'ai entamé ma deuxième phase de recherche documentaire. Les connaissances acquises lors de mes lectures durant la phase précédente me

permettaient de retourner dans les mêmes moteurs de recherche afin d'explorer des angles nouveaux de la recherche sur le TDAH. Les bibliographies de ces écrits me permettaient aussi de cibler de nouveaux auteurs ou de nouveaux écrits pertinents. J'ai donc cherché précisément les écrits d'auteurs tels que Peter Conrad, Johanne Collin, Brenton Prosser et Stanislas Morel. J'étais par ailleurs en mesure d'utiliser plus de critères d'inclusion ou d'exclusion pour cette deuxième phase. Par exemple, à partir de ce moment, j'ai cherché exclusivement les textes publiés après 1990, vu l'évolution rapide du phénomène depuis cette date.

Le tableau 3 présente les termes qui m'ont semblé pertinents pour cette deuxième phase de recherche documentaire. Plusieurs combinaisons de ces termes ont été faites.

Au terme de ces deux phases d'exploration, 35 écrits ont été retenus pour leur pertinence pour ma compréhension du phénomène. Cette sélection s'est faite en lisant les résumés des articles. J'ai classé ces écrits en trois catégories comme suit : six sources qui traitent de la prévalence statistique ; douze recherches empiriques ; et dix-sept textes retenus pour leur pertinence méthodologique, théorique ou référentielle

Mots / expression	Termes équivalents (synonymes)	Traduction anglaise (lorsque différent)	Mots familiers plus larges	Mots familiers plus précis
TDAH / Trouble déficitaire de l'attention trouble d'apprentissage	difficultés d'adaptation / échec scolaire / Difficulté d'apprentissage / difficulté scolaire	ADHD / School problems / Attention-deficit disorder / Learning disabilities	Santé mentale / pathologi* / troubles mentaux / trouble neurologique	
Médicament*	Pilules, prescri*	Smart drugs / Psychostimulant / Pharmacotherapy / pills	Traitement / Neuromédicament / Thérap* / Intervention / Prévention / Prise en charge	Psychotropes // Dexédrine / Adderall / Vyvanse / Méthylphénidate / Biphentin / Concerta / Strattera / Intuniv
Medicalis*	Diagnosti*	Labelling / Insiders	DSM / APA / Médical	Étiquetage
Enfant	Jeune / niveau primaire / mineur	Kid / young / child* / primary / Students	Étudiant / Élève	12 ans et moins
Sociologi*	Social* / cultur*			Sociologie de la déviance / Durkheim, Anomie, Merton / Construction sociale, Berger et Luckmann / Goffman, / Becker, Outsiders / Brenton Prosser / Johanne Collin
Norm*	Attentes	Educational norms /	Valeurs sociales / Normes sociales / Normes de performance	Normes éducatives / Normalité médicamentée
Education	École / apprentissage / Scolaire	Educational policy / special education /	Sociologie de l'éducation, formation enseignante	Politiques éducatives / Ministère de l'éducation / Éducation spécialisée
Acteurs	Rôle, influen*, accompagn*, intervenant		Profession*, Process*	Médecin* / Psychiatr* / Orthopédagog* / Enseignant* / représentation professionnelle
Inclusi*	Adaptation Intégration	Labelling / response to intervention model (RTI)		Insiders / étiquetage / Modèle de réponse à l'intervention (RIT)
Pharmaceuticalisation			Légitim* médicament*	

Tableau 9 : Termes utilisés lors de la seconde phase de recherche documentaire

Annexe 4 - Troisième phase de la recherche documentaire

Cette phase a consisté d'abord à poursuivre la recherche documentaire à l'aide des termes présentés dans le tableau 3. Il s'est agi ensuite d'explorer les dictionnaires sociologiques afin de clarifier les définitions des concepts utilisés dans les textes lus et que je souhaitais retenir pour ma recherche. Il s'agissait de trouver les sources primaires présentant les concepts trouvés dans les recherches empiriques que j'ai lues qui traitaient du TDAH. Ces dictionnaires m'ont servi à identifier la définition que j'ai choisie pour chacun des concepts retenus. Au bout de cette troisième phase de recherche, j'avais sélectionné une soixantaine d'écrits empiriques, théoriques ou référentiels, et de documents statistiques. La synthèse qui suit est basée sur l'exploitation de ces écrits.

Annexe 5 - L'échelle d'évaluation SNAP

Échelle d'évaluation du SNAP-IV26⁸¹. Types de situations auxquelles on doit évaluer la fréquence à laquelle l'enfant y correspond (jamais / parfois / souvent / très souvent / non évalué)

1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (ex. devoirs de classe, stylos ou livres)
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne
10. Agite souvent les mains ou les pieds
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts »
15. Parle trop souvent
16. Laisse souvent s'échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. intervient dans les conversations ou dans les jeux)
19. Se met souvent en colère
20. Contesté souvent ce que disent les adultes
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
22. Contrarie souvent les autres délibérément
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)

⁸¹ <http://www.attentiondeficit-info.com/pdf/evaluation-snap-26-adapte.pdf>