

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**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**

par

Martine Quesnel

Programme de doctorat des sciences humaines appliquées

Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph.d)
en sciences humaines appliquées

Mars 2008

© Martine Quesnel, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**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**

présentée par :

Martine Quesnel

... a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Claude Lessard, président-rapporteur

Catherine Garnier, directrice de recherche

Jean Poupart, co-directeur

Sylvie Fortin, membre du jury

Pierre Paradis, examinateur externe

Frank Vitaro, représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le 24 Novembre 2008

Résumé

« Les pilules remplacent-elles les éducateurs? La consommation de Ritalin a plus que quadruplé chez les écoliers québécois. » (La presse, 28 mai 1998)

Qui aurait pu imaginer un jour que l'usage de la médication psychostimulante, en l'occurrence le Ritalin® dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez les enfants d'âge scolaire aurait soulevé autant de débats et de polémiques dans le monde scolaire?

En effet, depuis les quinze dernières années, le diagnostic du TDA/H chez les enfants d'âge scolaire soulève une controverse sans précédent tant dans la communauté scientifique que dans l'opinion publique, car ce diagnostic conduit fréquemment, pour ne pas dire communément à la prescription d'une médication. Toutefois, s'il existe plusieurs données scientifiques pouvant expliquer un tel phénomène, la manière dont les intervenants scolaires (enseignant(e)s, directions d'école, psychologues, psychoéducateurs, orthopédagogues, orthophonistes, infirmières) se représentent cette situation et se positionnent par rapport à elle a peu retenu l'attention des chercheurs dans le domaine. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre les représentations que se font les intervenants scolaires du TDA/H et de la médication psychostimulante de même que les significations que les uns et les autres attribuent à leurs manières d'exercer leurs pratiques professionnelles dans le contexte de prise en charge des élèves présentant des manifestations comportementales associées à ce trouble particulier.

La perspective théorique qui est retenue pour atteindre cet objectif de recherche est celle qui intègre à la fois la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961) développée dans le champ de la psychologie sociale et la notion de représentations professionnelles (Piasser, 1999) qui fournit un cadre opérationnel spécifique et adapté à l'ensemble des opérations de recherche réalisées lors des différentes phases de cette étude.

Cette recherche repose sur une méthodologie descriptive et interprétative réalisée à l'aide d'une étude de cas qui a été menée dans un cadre géographiquement et institutionnellement circonscrit, c'est-à-dire dans une école primaire située dans la région de Montréal. Ce choix méthodologique a été guidé, d'une part, par une volonté de réaliser une étude en profondeur du contexte dans lequel s'inscrivent les activités professionnelles liées au TDA/H et la médication stimulante et, d'autre part, par les possibilités qu'offre cette approche pour exploiter un pluralisme de méthodes (analyse documentaire, enquête de type sondage réalisée auprès d'acteurs clés de l'école, entretiens semi-dirigés, technique d'associations de mots) et d'analyses variées (analyses de contenu, analyse descriptive prototypique de la représentation sociale, analyses factorielles de correspondances multiples (AFCM), lesquelles sont généralement utilisées dans le champ des représentations sociales.

Ces différents niveaux d'analyse ont permis non seulement de dégager une description détaillée des caractéristiques objectives du contexte dans lequel s'actualisent les pratiques professionnelles des intervenants de l'école liées au TDA/H et à la médication psychostimulante, mais aussi de préciser les modes de structuration des éléments constitutifs de ces représentations. Ils ont notamment permis de montrer que ces représentations ne sont pas des objets isolés, mais au contraire font intervenir « une constellation de ceux-ci » qui se structure différemment dans un « système représentationnel » en fonction des niveaux d'implication, d'engagement et des rôles différents des groupes d'intervenants de l'école.

Mots clés : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), médication, Ritalin, représentations sociales, représentations professionnelles, école primaire, étude de cas.

Abstract

“Are pills taking over for teachers? Ritalin consumption has more than quadrupled among pupils in Quebec.” « [Translation] ». (La Presse, May 28, 1998)

Who would have thought that the use of psychostimulant medications—specifically of Ritalin® to treat attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) in school children—would one day cause so many problems in schools?

For the past fifteen years, the diagnosis of ADHD in school children has stoked an unprecedented controversy in the scientific community and the general public, for the diagnosis frequently—if not commonly—leads to prescription of a drug. Yet, though there is a great deal of scientific information to explain the phenomenon, researchers have paid little attention to the manner in which education stakeholders (teachers, school principals, psychologists, psychoeducators, special education teachers, speech therapists, and nurses) visualize the situation and position themselves with regard to it. The objective of this study is to better understand the representations that education stakeholders have of ADHD and the medication and the meanings they each attribute to the way they pursue their professional practice in managing children who display behaviour associated with the disorder.

The theoretical perspective adopted for the research combines the theory of social representation (Moscovici, 1961), which was developed in the field of social psychology, with the concept of professional representations (Piasek, 1999), which provides an operational framework specifically adapted to all the research operations performed in the various phases of the study.

A descriptive and interpretive methodology is used for a case study conducted in a geographically and institutionally circumscribed setting, an elementary school in the Montreal area. The choice of methodology was guided by two factors: the wish to carry out an in-depth study of the background for the professional activities undertaken in relation to ADHD and the medication; and by the opportunities this approach provides to use a number of research methods (documentary analysis, survey-type investigations

conducted with key actors in the school, semi-directed interviews, word association) and analytical procedures (content analysis, prototype descriptive analysis of social representations, multiple correspondence factor analysis (MCF A)) generally employed in the field of social representations.

The different levels of analysis yielded a detailed description of the objective characteristics of the setting of the education stakeholders' professional practices with respect to ADHD and the psychostimulant drug and identified the structural patterns formed by the constituent elements of these representations. The analyses notably helped show that these representations are not isolated objects but bring into play "a constellation of objects" that are structured into "representational systems" in different ways depending on the level of involvement, commitment and differing roles of the groups of education stakeholders.

Keywords : attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD), medication, Ritalin, social representations, professional representations, elementary school, case study.

Remerciements

Une thèse est un travail collectif dans la mesure où elle n'engage pas seulement le doctorant, mais l'ensemble de son environnement. Je tiens donc à remercier tous ceux et celles qui ont participé, d'une façon ou d'une autre, à ce travail.

Je remercie ma directrice de recherche, M^{me} **Catherine Garnier**, directrice du Groupe d'Étude sur l'Interdisciplinarité et les Représentations sociales (GEIRSO-UQAM) et du programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, CRSH Grands Travaux, qui m'a permis de faire mes premiers pas dans la recherche et dans l'enseignement universitaire et qui m'a toujours soutenue tout au long de mon travail, sans compter son temps, ni son énergie. Sans son soutien moral et son éclairage à la fois conceptuel et méthodologique, je n'aurais pas mené à terme cette entreprise.

Je remercie mon codirecteur de recherche, M. **Jean Poupert**, professeur agrégé au département de criminologie et au programme de doctorat en sciences humaines appliquées, pour son aide, ses commentaires toujours constructifs et la confiance dont il a fait preuve à mon égard tout au long de mon travail.

Je tiens à exprimer ma gratitude à tous les membres du GEIRSO, notamment à **Lynn Marinacci**, agente de recherche et de planification, sur qui j'ai pu compter en tout temps pour son aide et ses précieux conseils en statistiques, et également, à **Guylaine Saint-Pierre**, gestionnaire de projets, pour son constant soutien administratif.

Je remercie également M^{me} **Céline Beaulieu** et M^{me} **Louise Rolland** qui ont réalisé de façon très professionnelle la révision linguistique et la mise en page de ma thèse de doctorat.

Je tiens également à remercier le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) qui m'a accordé une bourse qui m'a été d'un grand soutien dans l'avancement de mon travail me permettant de mener à bien ce projet.

Je suis *aussi* très reconnaissante à **l'ensemble des intervenants scolaires** qui ont accepté de participer à cette étude et de donner de leur personne, malgré leur emploi du temps très chargé.

Enfin, je tiens sincèrement à remercier ma famille qui m'a toujours soutenue dans mon travail, plus particulièrement mon conjoint, **Richard Ranger**, ainsi que mes parents, **Bernard Quesnel et Denise Racette**, pour leur soutien et leur assistance au quotidien.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Remerciements.....	vii
Table des matières.....	ix
Liste des tableaux.....	xix
Liste des figures.....	xxv
Liste des sigles et abréviations.....	xxvi
Introduction.....	1
CHAPITRE 1	
PROBLÉMATIQUE.....	8
1. Les principaux problèmes soulevés dans la littérature scientifique à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante.....	9
1.1 Un accroissement du taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de l'utilisation de psychostimulants qui ne semble pas vouloir ralentir.....	9
1.1.1 De nombreuses disparités et variations dans le taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de la prescription de psychostimulants.....	11
1.1.2 Le TDA/H et le système de classification des troubles mentaux édités par l'Association de psychiatrie américaine (DSM-IV).....	13
1.1.2.1 Analyse socio-historique du diagnostic du TDA/H.....	13
1.1.2.2 Le problème d'ambiguïté des repères diagnostiques et la tendance au recours à la médication psychostimulante : un phénomène préoccupant pour les ordres professionnels et les instances gouvernementales.....	18
1.1.2.3 Des critères diagnostiques qui prêtent flanc à de nombreuses approximations.....	21
1.1.3 Une vision biomédicale prédominante dans l'explication de l'étiologie du TDA/H.....	26
1.1.3.1 Les stimulants du système nerveux central (SSNC) dans le traitement du TDA/H : quelques repères sociohistoriques ..	29
1.1.3.2 Les effets de la médication dans le traitement du TDA/H : des effets positifs aux effets négatifs.....	30

1.2	Analyse des processus de médicalisation du TDA/H : un point de vue sociologique	34
1.2.1	La perspective théorique de la médicalisation et du contrôle social de l'hyperactivité : quelques éléments théoriques	34
1.2.1.1	Le processus de médicalisation du TDA/H	36
1.2.2	La médicalisation du TDA/H vu sous l'angle d'une construction sociale	38
1.2.3	Le TDA/H et la médication psychostimulante dans le processus de médicalisation des enfants d'âge scolaire : le point de vue des acteurs	41
1.2.3.1	Les perceptions des jeunes enfants et adolescents	42
1.2.3.2	Les perceptions des parents	43
1.2.3.3	Les perceptions des enseignants.....	44
1.2.3.4	Les perceptions des médecins	44
1.3	Le point de vue du milieu scolaire à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante.....	45
1.3.1	État actuel de la situation dans le milieu scolaire	46
1.3.2	Une exploration nécessaire du sens que revêt le TDA/H et la médication psychostimulante pour les intervenants du milieu scolaire	50

CHAPITRE II		
CADRE THÉORIQUE		52
2.	La théorie des représentations sociales	53
2.1	Quelques aspects théoriques	53
2.1.1	Genèse de la notion de représentation sociale : de Durkheim à Moscovici.....	53
2.1.2.1	Les représentations sociales : une notion en pleine expansion et au carrefour de diverses disciplines	55
2.1.3	Les représentations sociales : une notion controversée et lieu de mésusage	56
2.1.4	La notion de représentations sociales : quelques éléments de définitions	58

2.1.5	Processus d'élaboration des représentations sociales	61
2.2	Les caractéristiques des représentations sociales	63
2.2.1	Les spécificités de « l'objet de représentation sociale »	66
2.2.2	Application à l'étude des critères de pertinence de l'objet de représentation : le cas particulier du TDA/H et de la médication psychostimulante	67
2.3	Les représentations sociales étudiées dans le champ d'études des activités professionnelles	73
2.4	Application des concepts de « contexte professionnel », d'« objet professionnel » et de « groupes professionnels » à l'étude	75
2.5	Modalités d'appréhension du fonctionnement de la représentation sociale : une double approche	78
2.5.1	L'approche structurale : la théorie du noyau central	79
2.5.2	Les principes générateurs de prise de position	80
2.6	Les objectifs de recherche	82
CHAPITRE III		
MÉTHODOLOGIE.....		
3.1	L'approche méthodologique	84
3.1.1	Les critères de sélection du cas et de la population ciblée	86
3.1.2	La procédure et les différentes opérations réalisées lors du démarrage du projet de recherche et de la sélection du choix de l'école	89
3.1.3	Le démarrage du projet	90
3.2	Recrutement et description de l'échantillon de la population	91
3.3	Considérations déontologiques	94
3.4	Les différentes phases de la recherche et méthode de collecte des données	95
3.4.1	L'analyse du contexte : première phase de la recherche.....	96
3.4.2	L'analyse des représentations sociales réalisée à l'aide d'un entretien semi-directif : seconde phase de la recherche	103
3.4.2.1	Déroulement des entrevues et protocole d'entretien	104

3.4.3	Les épreuves d'associations de mots réalisées lors de la troisième phase de la recherche	107
3.5	Méthodes d'analyse	109
3.5.1	Méthode d'analyse des documents et des corpus textuels	112
3.5.2	Méthode d'analyse de l'entretien semi-directif réalisé lors de la seconde phase de la recherche	113
3.5.3	Méthode d'analyse des associations de mots réalisées lors de la troisième phase de la recherche	117
3.5.3.1	Catégorisation des induits associés à chaque inducteur	118
3.5.4	Les quatre niveaux d'analyse des épreuves d'associations de mots	119
3.5.4.1	Premier niveau : caractérisation globale des populations à l'aide du test du chi-deux	119
3.5.4.2	Second niveau : analyse descriptive et caractérisation des groupes d'intervenants de l'école par mot inducteur	120
3.5.4.3	Troisième niveau d'analyse : analyse de la « prototypicalité » de la représentation sociale.....	120
3.5.4.4	Quatrième temps de l'analyse d'associations de mots : analyses factorielles de correspondances multiples (AFCM)	122

CHAPITRE IV

	ANALYSE DU CONTEXTE DE L'ÉCOLE À PROPOS DU TDA/H ET DE LA MÉDICATION PSYCHOSTIMULANTE.....	124
4.	Le contexte de l'école : première phase de la recherche.....	124
4.1	Profil socio-économique de l'école et profil sociodémographique des principaux groupes d'acteurs	126
4.1.1	Les caractéristiques de l'école et des élèves.....	126
4.1.2	Les caractéristiques de la famille	127
4.1.3	Les caractéristiques du personnel	128
4.1.4	Taux de prévalence du nombre d'élèves diagnostiqués de TDA/H et soumis à une médication psychostimulante dans l'école	129
4.1.4.1	Le taux de prévalence du TDA/H chez les élèves de l'école.	129

4.1.4.2	La prévalence du taux de consommation de psychostimulants parmi les élèves de l'école	133
4.2	Modes d'organisation et de structuration des services offerts dans le cadre de l'école inscrite dans une politique de l'adaptation scolaire	135
4.2.1	Plan d'action concerté entre le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le processus de prise en charge des jeunes présentant un TDA/H	136
4.2.1.1	Les différentes mesures proposées servant de cadre de référence pour améliorer les modes d'intervention auprès des jeunes ayant un TDA/H	138
4.2.2	Un plan d'intervention et une politique relative à l'organisation des services auprès des enfants présentant un TDA/H inscrit dans une politique d'adaptation scolaire	140
4.2.2.1	Les grandes orientations de la politique servant de cadre à l'intervention et à l'organisation des services en adaptation scolaire	142
4.2.2.2	Une définition de la problématique du TDA/H qui s'inscrit dans une conception d'élèves « en difficulté » « à risque » ou ayant des « besoins particuliers »	143
4.3	Le contexte de l'école en regard des différents modes d'organisation et de structuration des services et des ressources disponibles auprès des jeunes présentant des symptômes associés à un TDA/H	146
4.3.1	Le plan d'intervention proposé dans le cadre de l'école : ses objectifs et ses différentes fonctions	147
4.3.2	Le plan d'intervention : un outil de communication et de concertation entre tous les acteurs concernés	150
4.4	Conclusion-synthèse de l'analyse du contexte	151

CHAPITRE V	
RÉSULTATS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS RÉALISÉS LORS DE LA SECONDE PHASE DE LA RECHERCHE.....	153
5.1 Première partie : Les représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante.....	155
5.1.1 Les principales causes associées au TDA/H	155
5.1.1.1 Le TDA/H associé à une cause neurologique, héréditaire et génétique	156
5.1.1.2 Le TDA/H associé à une problématique familiale, un problème de discipline et d'encadrement parental	158
5.1.1.3 Le TDA/H associé à des conditions physiques et de vie inappropriées dans le milieu scolaire	163
5.1.1.4 LE TDA/H associé à des facteurs bioenvironnementaux, à des problèmes d'alimentation et à d'autres maladies.....	165
5.1.1.5 Le diagnostic du TDA/H	169
5.1.1.6 Les ambiguïtés du diagnostic : un diagnostic incertain et comportant de nombreuses zones grises	169
5.1.6 Les principaux problèmes des élèves associés à un TDA/H pouvant conduire à une demande d'évaluation psychosociale ou médicale .	173
5.1.6.1 Les problèmes d'hyperactivité-impulsivité	173
5.1.6.2 Des problèmes d'attention et de concentration	176
5.1.6.3 Mise en relation entre l'hyperactivité, l'intelligence et la curiosité intellectuelle	179
5.1.7 Importance de la médication psychostimulante dans le traitement du TDA/H	181
5.1.7.1 Importance fonctionnelle de la médication	182
5.1.7.2 La médication psychostimulante conçue comme une solution temporaire et de dernier recours	184
5.1.8 Les principales interrogations et questions liées à la médication	185
5.1.8.1 Doutes associés au bien-fondé de la médication psychostimulante et à son efficacité dans le traitement du TDA/H	185

5.1.8.2	Modes de distribution de la médication psychostimulante et cas d'abus possibles associés au ritalin.....	188
5.1.9	Les effets secondaires indésirables de la médication psychostimulante.....	192
5.1.9.1	Les effets à court terme sur l'état de santé des enfants	193
5.1.9.2	Les effets néfastes à long terme du médicament sur les différentes sphères de développement et de l'état de santé général des enfants.....	194
5.1.10	Les effets désirables et positifs associés à la médication	197
5.1.10.1	Les effets positifs de la médication psychostimulante sur la réussite et la performance scolaire.....	197
5.1.10.2	Effets positifs de la médication sur le processus de socialisation des élèves dans le milieu scolaire	199
5.2	Deuxième partie : Les conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent les pratiques professionnelles liées au TDA/H et la médication psychostimulante	203
5.2.1	L'approche générale de l'évaluation liée au TDA/H	203
5.2.1.1	Une démarche d'évaluation rigoureuse entreprise par les intervenants de l'école	203
5.2.1.2	Délais rencontrés au niveau du processus d'évaluation, du suivi et de la prise en charge du TDA/H	206
5.2.1.3	Des démarches et des moyens concrets mis en place par les intervenants de l'école pour pallier aux différents problèmes rencontrés au niveau de la procédure générale d'évaluation et le suivi des élèves présentant un TDA/H ou autres problèmes similaires.....	209
5.2.1.4	Des rencontres informelles entre les intervenants de l'école pour trouver des moyens ou des solutions avant que soit amorcée officiellement la procédure d'évaluation.....	211
5.2.2	Les modes d'interventions privilégiés pour intervenir auprès des élèves présentant des manifestations comportementales associées au TDA/H	214
5.2.2.1	Techniques de renforcement positif, les systèmes d'émulation et de modification de comportement.....	214

5.2.2.2	Importance de la discipline et de l'encadrement des élèves présentant un TDA/H.....	219
5.2.2.3	La dynamique de groupe.....	223
5.2.3	Les principaux problèmes rencontrés dans les modes d'intervention privilegiés par les intervenants de l'école auprès des enfants présentant des signes de symptômes associés au TDA/H.....	227
5.2.3.1	Une gestion de classe difficile	227
5.2.3.2	Problèmes rencontrés au niveau de la réussite scolaire	230
5.3	Troisième partie : la vie de relations entre les intervenants dans le processus de prise en charge du TDA/H	236
5.3.1	Les différents modes de collaboration qui prennent place entre les intervenants scolaires dans le processus de prise en charge du TDA/H : des représentations partagées et ne faisant pas consensus	237
5.3.1.1	Des liens de collaboration véritables et ancrés dans un travail d'équipe multidisciplinaire	237
5.3.1.2	Des liens de collaboration ponctuels et limités entre les intervenants de l'école	242
5.3.2	Les parents, le TDA/H et la médication psychostimulante : une problématique difficile et complexe à gérer pour les intervenants de l'école.....	244
5.3.2.1	Des réactions ambivalentes des parents vis-à-vis de l'annonce des problèmes de leurs enfants associés au TDA/H et de la médication psychostimulante.....	245
5.3.2.2	Réticences des parents à collaborer avec les intervenants scolaires.....	250
5.4.	Conclusion	255
CHAPITRE VI		
RÉSULTATS ET ANALYSES DES ASSOCIATIONS DE MOTS		263
6.1	Premier niveau d'analyse des associations de mots : test du chi-deux	264
6.2	Second niveau d'analyse des associations de mots : analyse descriptive des réponses des intervenants par inducteur	270

6.2.1	Mot inducteur ENFANT	270
6.2.2	Mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE	275
6.2.3	Mot inducteur DISCIPLINE	279
6.2.4	Mot inducteur HYPERACTIVITÉ	282
6.2.5	Mot inducteur MÉDICAMENT	288
6.2.6	Mot inducteur RITALIN	293
6.3	Troisième niveau d'analyse des associations de mots : analyse de la « prototypcalité » de la représentation sociale	303
6.3.1	Mot inducteur ENFANT	304
6.3.2	Mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE	306
6.3.3	Mot inducteur DISCIPLINE	307
6.3.4	Mot inducteur HYPERACTIVITÉ	310
6.3.5	Mot inducteur MÉDICAMENT	312
6.3.6	Mot inducteur RITALIN	314
6.4	Les résultats des analyses factorielles des correspondances multiples (AFCM)	321
	Conclusion	334
	Bibliographie	357
	Appendices	386
	Appendice A : Critères diagnostiques du Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité du DSM-IV	386
	Appendice B : Guide d'entretien	388
	Appendice C : Résultats du test du chi-deux effectué sur le croisement des groupes enseignants/autres intervenants de l'école et les mots inducteurs	391
	Appendice D : Résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples effectuée à partir de l'épreuve d'associations de mots sur tous les premiers induits	423

Appendice E : Résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples effectuée à partir de l'épreuve d'association de mots sur tous les deuxièmes induits.....	425
Appendice F : Résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples effectuée à partir de l'épreuve d'association de mots sur tous les troisièmes induits.....	427

Liste des tableaux

3.2	Description détaillée de l'échantillon des intervenants de l'école ayant participé à l'étude	94
3.4.1.a	Documents officiels produits par le bureau de direction de l'école.....	99
3.4.1.b	Documents officiels utilisés par les intervenants de l'école dans leur pratique professionnelle	99
3.4.1.c	Documents institutionnels disponibles sur le site Internet de la Commission scolaire fournissant des informations sur l'organisation des services de soutien en appui aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage scolaire.....	100
3.4.1.d	Documents ministériels produits par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) sur les politiques en matière d'éducation et d'adaptation scolaire	101
4.1	Profil socio-économique de l'école et profil sociodémographique des principaux groupes d'acteurs	126
4.1.1	Répartition du nombre des élèves suivant les niveaux scolaires	127
4.1.3	Horaire de travail des spécialistes de l'école	128
4.1.4.1.a	Estimation du nombre d'élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H selon le sexe dans le cadre de l'école de la présente étude	131
4.1.4.1.b	Estimation du nombre d'élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H selon les intervenants dans le cadre de la présente école en fonction du sexe et du niveau scolaire	132
4.1.4.2.b	Taux de prévalence des élèves de l'école soumis à une médication psychostimulante.	134

4.2.1	Un Plan d'action concerté entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le processus de prise en charge des jeunes présentant un TDA/H.....	137
4.2.2	Un plan d'intervention et une politique relative à l'organisation des services auprès des enfants présentant un TDA/H inscrit dans une politique d'adaptation scolaire.....	141
4.3	Le contexte de l'école en regard des différents modes d'organisation et de structuration des services et des ressources disponibles auprès des jeunes présentant des symptômes associés à un TDA/H	147
4.3.1	Liste du personnel des Services complémentaires et de l'adaptation scolaire de la commission scolaire	148
5.1.1.1	Le TDA/H associé à une cause neurologique, héréditaire et génétique	157
5.1.1.2	Le TDA/H associé à une problématique familiale, un problème de discipline et d'encadrement parental.....	160
5.1.1.3	Le TDA/H associé à des conditions physiques et de vie inappropriées dans le milieu scolaire.....	163
5.1.1.4	Le TDA/H associé à des facteurs bioenvironnementaux, à des problèmes d'alimentation et à d'autres maladies.....	166
5.1.1.6	Les ambiguïtés du diagnostic : un diagnostic incertain et comportant de nombreuses zones grises	170
5.1.6.1	Les problèmes d'hyperactivité-impulsivité.....	174
5.1.6.2	Des problèmes d'attention et de concentration.....	178
5.1.6.3	Mise en relation entre l'hyperactivité, l'intelligence et la curiosité intellectuelle.....	180

5.1.7.1	Importance fonctionnelle de la médication.....	183
5.1.7.2	La médication psychostimulante conçue comme une solution temporaire et de dernier recours.....	184
5.1.8.1	Doutes associés au bien-fondé de la médication psychostimulante et à son efficacité dans le traitement du TDA/H.....	186
5.1.8.2	Modes de distribution de la médication psychostimulante et cas d'abus possibles associés au ritalin.....	188
5.1.9.1	Les effets à court terme sur l'état de santé des enfants.....	193
5.1.9.2	Les effets néfastes à long terme du médicament sur les différentes sphères de développement et de l'état de santé général des enfants.....	195
5.1.10.1	Les effets positifs de la médication psychostimulante sur la réussite et la performance scolaire.....	198
5.1.10.2	Effets positifs de la médication sur le processus de socialisation des élèves dans le milieu scolaire.....	200
5.2.1.1	Une démarche d'évaluation rigoureuse entreprise par les intervenants de l'école.....	205
5.2.1.2	Délais rencontrés au niveau du processus d'évaluation, du suivi et de la prise en charge du TDA/H.....	206
5.2.1.3	Des démarches et des moyens concrets mis en place par les intervenants de l'école pour pallier les différents problèmes rencontrés au niveau de la procédure générale d'évaluation et le suivi des élèves présentant un TDA/H ou autres problèmes similaires.....	210
5.2.1.4	Des rencontres informelles entre les intervenants de l'école pour trouver des moyens ou des solutions avant que soit amorcée officiellement la procédure d'évaluation.....	212

5.2.2.1	Techniques de renforcement positif, les systèmes d'émulation et de modification de comportement	215
5.2.2.2	Importance de la discipline et de l'encadrement des élèves présentant un TDA/H.....	220
5.2.2.3	La dynamique de groupe.....	224
5.2.3.1	Une gestion de classe difficile	228
5.2.3.2	Problèmes rencontrés au niveau de la réussite scolaire	231
5.3.1.1	Des liens de collaboration véritables et ancrés dans un travail d'équipe multidisciplinaire	238
5.3.1.2	Des liens de collaboration ponctuels et limités entre les intervenants de l'école	243
5.3.2.1	Des réactions ambivalentes des parents vis-à-vis de l'annonce des problèmes de leurs enfants associés au TDA/H et de la médication psychostimulante.....	246
5.3.2.2	Réticences des parents à collaborer avec les intervenants scolaires	250
6.1.1	Fréquence absolue des catégories d'induits selon leur ordre d'association.....	265
6.1.2	Répartition des groupes enseignants/autres intervenants de l'école selon les catégories liées à l'inducteur médicament	268
6.1.3	Répartition des groupes enseignants/autres intervenants de l'école selon les catégories liées à l'inducteur ritalin	269
6.2.1	Catégories classées à partir du mot inducteur ENFANT et fréquence	271
6.2.1.1	Contributions des groupes aux catégories associées au mot inducteur ENFANT	274

6.2.2	Catégories classées à partir du mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE et fréquence.....	275
6.2.2.1	Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE.....	278
6.2.3	Catégories classées à partir du mot inducteur DISCIPLINE et fréquence	279
6.2.3.1	Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur DISCIPLINE	281
6.2.4	Catégories classées à partir du mot inducteur HYPERACTIVITÉ et fréquence.....	283
6.2.4.1	Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur HYPERACTIVITÉ	287
6.2.5	Catégories classées à partir du mot inducteur MÉDICAMENT et fréquence	289
6.2.5.1	Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur MÉDICAMENT	292
6.2.6	Catégories classées à partir du mot inducteur RITALIN et fréquence	294
6.2.6.1	Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur RITALIN	297
6.3.1	Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur ENFANT.....	305
6.3.2	Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE	307
6.3.3	Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur DISCIPLINE.....	309

6.3.4	
Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur	
HYPERACTIVITÉ.....	311
6.3.5	
Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur	
MÉDICAMENT	313
6.3.6	
Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur	
RITALIN.....	315
6.3.7	
Répartition des catégories de la première case de tableaux Fréquence/Rang en fonction	
de chaque inducteur et les deux groupes d'intervenants de l'école.....	318

Liste des figures

Graphique 6.4.1	
Analyse factorielle des correspondances multiples effectuée sur tous les premiers induits.....	322
Graphique 6.4.2	
Analyse factorielle des correspondances multiples effectuée sur tous les seconds induits.....	325
Graphique 6.4.3	
Analyse factorielle des correspondances multiples effectuée sur tous les troisièmes induits.....	328

Liste des sigles et abréviations

TDA/H : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

SSNC : Stimulants du système nerveux central

MEQ : Ministère de l'éducation du Québec

Introduction

Depuis les vingt dernières années, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)¹ chez les enfants d'âge scolaire soulève une controverse tant dans la communauté scientifique que dans l'opinion publique, car ce diagnostic conduit fréquemment, pour ne pas dire communément, à la prescription de psychostimulants et plus particulièrement au Ritalin® chez les enfants d'âge scolaire (Lloyd, Stead, Cohen, 2006; Collin, Hubert, Lafortune, et coll., 2005; Gadow, 1997; Zito et coll., 1997). On estime en effet aujourd'hui qu'une majorité d'enfants ayant obtenu un diagnostic de TDA/H au cours des dernières années, dont la très grande majorité est généralement des garçons (Elia, Ambronisi, Rapoport, 1999; Goldman, Genel, M., Rebecca et coll., 1998; Dupaul & Stoner, 1994; Barklèy, 1991) ont aussi reçu, parallèlement, une prescription de psychostimulants (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001).

Si plusieurs données de la littérature attribuent cette tendance à une meilleure connaissance de ce « diagnostic », (Diller, 2004), il faut aussi reconnaître, à la suite de plusieurs auteurs (Stead, Lloyd et Cohen, 2006; Timimi et Taylor, 2004; Diller, 2004; James et Taylor, 1990; Cohen, Mc Cubbin, Collin, Pérodeau, 2001), que les vraies causes de ce phénomène relèvent d'une problématique sociale complexe faisant intervenir une multiplicité de facteurs sociaux, culturels et économiques. En effet, plusieurs de ces facteurs sont mentionnés de façon récurrente dans la littérature : 1) les contingences inhérentes au contexte du milieu scolaire dans la prise en charge des jeunes atteints ou vraisemblablement atteints d'un TDA/H (Lloyd, 2006); 2) l'exigence d'adaptation à des logiques sociales de fonctionnement dans le milieu scolaire axé sur la performance continue (Diller, 2004); 3) les problèmes associés au jugement professionnel des médecins, des professionnels de la santé et des intervenants scolaires en ce qui concerne le diagnostic et les décisions cliniques associées à la prescription de la médication (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997); 4) la

¹ Afin d'alléger le texte, nous utiliserons dorénavant le terme TDA/H pour désigner le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

tendance à attribuer les problèmes de comportement et de performance scolaire à des facteurs biologiques et biochimiques plutôt que les considérer comme une réaction à un environnement exigeant ou à des émotions intrapsychiques (Diller, 2004). En outre, le rôle joué par ces différents facteurs, qui d'ailleurs semblent se renforcer mutuellement, ne serait pas aussi considérable sans l'influence du marché pharmaceutique et aussi sans le développement rapide de la recherche dans le domaine des neurosciences et de la pharmacologie (Lloyd, Stead et Cohen, 2002) qui a profondément modifié les conceptions et les pratiques d'intervention auprès des jeunes, et ce, tant à l'intérieur des milieux médicaux que dans le milieu scolaire.

D'ailleurs, dénoncée dans les médias, l'utilisation de la médication est souvent perçue comme une « *pilule institutionnelle* » prescrite pour pallier les lacunes du suivi des enfants dans le milieu scolaire, que ce soit sur le plan médical ou scolaire, et le manque de ressources pour assurer une approche combinant plusieurs modes d'intervention (Collèges des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001). Cette situation a d'ailleurs alerté le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui ont convenu d'agir rapidement pour faire le point sur la situation concernant l'augmentation de la consommation du Ritalin chez les enfants et adolescents.

Pour faire suite à la publication d'un rapport de consultation publié par un comité-conseil réunissant différents groupes d'acteurs et spécialistes du domaine (Rapport du comité-conseil sur le Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central, 2000), le ministère de la Santé et des Services Sociaux a accordé au Collège des médecins du Québec et à l'Ordre des psychologues du Québec le mandat de la réalisation de travaux menant à la publication de lignes directrices (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001) fournissant un cadre de référence en matière de dépistage, de diagnostic, d'évaluation, d'intervention et de traitement des jeunes d'âge scolaire présentant un TDA/H ou des symptômes pouvant y être associés. D'une part, il y est stipulé que dans tous les cas, la décision d'introduire un stimulant doit être individualisée en fonction de l'ensemble des symptômes présentés par les jeunes et de l'acceptation de la médication

par les parents. D'autre part, on y retrouve que la prescription de médication ne doit pas se substituer aux autres mesures susceptibles d'épauler l'enfant ou l'adolescent, notamment l'aide éducative ou orthopédagogique, la modification d'un environnement néfaste ou l'arrêt d'une situation qui compromet son bien-être.

Il apparaît ainsi nettement que la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante se pose avec une acuité particulière dans le cadre scolaire. En effet, c'est bien dans ce milieu de vie que les comportements « hyperactifs » de l'enfant sont les plus susceptibles de se manifester. Les enseignants et les intervenants scolaires se retrouvent alors fréquemment confrontés à des élèves qui témoignent des besoins particuliers (Lavoie, 1999; Cohen et coll., 1999). Par ailleurs, certaines études montrent également que même si l'école met en place des dispositifs pour suppléer les besoins d'encadrements de ces élèves, il reste que les intervenants du milieu scolaire, notamment les enseignants, souhaitent qu'ils se conforment aux exigences scolaires et à la vie de la classe et parmi les moyens reconnus comme efficaces dans le traitement du TDA/H se trouve la prise de la médication comme solution « séduisante » (Vincent, 2005a), efficace et rapide pour résoudre les problèmes rencontrés (Léonard et Kautz, 2003, Paradis, 1999, 2001). Dans cette perspective, la médication est généralement envisagée en fonction de l'environnement scolaire dans lequel se trouvent les jeunes, de leur performance scolaire et surtout en fonction des exigences et des contraintes du milieu scolaire (Cohen et coll., 1999; Christian, 1997; Maag et Reid, 1994; Reid, Maag et Vasa 1993; Dupaul et Stoner, 1994).

Ainsi, ces quelques données soulèvent non seulement tout le problème de l'augmentation du taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de la consommation de psychostimulants chez les jeunes, mais aussi celui du rôle et de la responsabilité du milieu scolaire par rapport à ce problème particulier (Barkley, 1994). Toutefois, si cette problématique particulière a suscité de nombreux questionnements au cours des dernières années, la manière dont les enseignants et les autres intervenants scolaires (direction d'école, psychologues, psychoéducateurs, orthopédagogues, orthophonistes, infirmières) se représentent et se positionnent par rapport à cette situation a peu retenu l'attention des chercheurs dans le domaine jusqu'à présent.

C'est donc précisément dans la perspective de l'école que sera posée, dans le cadre de cette étude, la question du TDA/H et de la médication psychostimulante ainsi que la question du sens que les intervenants scolaires accordent à leurs pratiques et à leurs interactions professionnelles avec les autres groupes d'acteurs concernés (enfants, parents, médecins et autres professionnels de la santé). Plus exactement, il s'agira de cerner les représentations que se font les différents groupes d'intervenants du milieu scolaire du TDA/H et de la médication psychostimulante de même que les significations que ces mêmes groupes d'intervenants attribuent à leurs manières d'exercer leurs pratiques professionnelles dans le contexte de prise en charge du TDA/H et de la médication psychostimulante.

Afin de saisir les représentations des intervenants à l'égard du TDA/H, de la médication psychostimulante et de leurs activités professionnelles dans le cadre de l'école, il a tout d'abord paru essentiel de situer dans un premier chapitre, cette problématique dans le contexte scientifique plus global dans lequel elle s'insère actuellement, c'est-à-dire dans les sciences médicales, la sociologie et les sciences de l'éducation. En effet, même si la question de la consommation de psychostimulants dans le traitement du TDA/H a une très forte résonance scientifique dans les milieux scolaires et de la santé, il faut aussi reconnaître qu'elle revêt un caractère largement social dans la mesure où plusieurs études dans le champ de la sociologie montrent que le processus de médicalisation des enfants d'âge scolaire s'inscrit dans une dynamique sociale complexe impliquant, outre les enfants eux-mêmes, leurs parents, les intervenants du milieu scolaire et les médecins directement concernés par ce phénomène. Une revue générale de la littérature des travaux menés dans les sciences médicales, la sociologie et les sciences de l'éducation s'avère donc incontournable pour mieux comprendre et cerner les différents enjeux associés à la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante telle qu'elle se pose actuellement dans le cadre scolaire.

Le chapitre II présente le cadre théorique qui soutient entièrement l'analyse, soit la théorie interactionniste et socioconstructiviste des représentations sociales qui s'est développée dans le courant européen à la suite des travaux de Moscovici (1961-1976). De plus, étant donné que ce sont les activités professionnelles des intervenants du milieu

scolaire que nous cherchons à mieux comprendre en rapport aux représentations sociales, la spécificité du contexte conduit à considérer le cadre des représentations professionnelles. Défini comme « une catégorie spécifique de représentations sociales qui doit être considérée dans leur spécificité » (Bataille, Blin, Jacquet-Mias et Piasser, 1997), le concept de représentations professionnelles fournit un cadre conceptuel spécifique au niveau d'analyse des représentations sociales. C'est donc sur cette base théorique intégrant à la fois la théorie des représentations sociales et la théorie des représentations professionnelles, mais aussi à partir de l'immersion sur le terrain, que les objectifs de cette recherche ainsi que la démarche méthodologique ont été élaborés.

Afin de dégager l'analyse des représentations sociales et professionnelles, cette étude s'inscrit dans une méthode descriptive et interprétative réalisée à l'aide d'une étude de cas qui a été menée dans un cadre géographiquement et institutionnellement circonscrit, c'est-à-dire dans une école primaire située dans la région de Montréal. Ce choix méthodologique, dont les principaux fondements sont présentés dans le chapitre III ainsi que le déroulement de la recherche, les méthodes et procédures d'analyse, repose sur un premier travail d'exploration de la littérature et de la construction du cadre théorique. Il est également guidé, comme le préconisent plusieurs auteurs dans le champ des représentations sociales (Jodelet, 1989a; Wagner, 1996; Doise, 1990) par une volonté d'étudier et de saisir les représentations dans la dynamique des interactions sociales et les conditions du contexte dans lesquelles s'actualisent les pratiques professionnelles. Dans le cas qui nous préoccupe, l'étude de cas revêt un intérêt particulier sur le plan méthodologique pour les raisons suivantes : *d'une part*, en ce qu'elle permet de mener une étude en profondeur du contexte dans lequel s'inscrivent les activités professionnelles liées au TDA/H et la médication stimulante; *d'autre part*, en ce qu'elle permet d'exploiter un pluralisme de méthodes (analyse documentaire, enquête de type sondage réalisée auprès d'acteurs clés de l'école, entretiens semi-dirigés, technique d'associations de mots) et d'analyses variées (analyse de contenu, analyse descriptive prototypique de la représentation sociale, analyse factorielle de correspondances multiples (AFCM), lesquelles sont généralement utilisées et exploitées dans le champ des représentations sociales.

Les chapitres IV, V et VI présentent les résultats de la recherche. Dans le chapitre IV, nous avons cherché à examiner la manière dont se pose le problème du TDA/H et de la médication psychostimulante à l'aide d'une « analyse du contexte de l'école ». Ce premier niveau d'analyse, réalisé à l'aide d'une analyse documentaire et d'une enquête de type sondage menée auprès de quelques informateurs clés de l'école, présente une description précise et détaillée des caractéristiques objectives du milieu de vie et du contexte de l'école dans lequel s'actualisent les pratiques professionnelles des intervenants de l'école liées au TDA/H et à la médication psychostimulante.

Cette description se précise, dans le chapitre V, avec une analyse en profondeur des représentations et des conditions du contexte réalisée à l'aide d'une entrevue semi-dirigée permettant d'explorer auprès de la population étudiée différents thèmes liés aux trois objets de représentation centraux et médiateurs de la présente étude, soit le TDA/H, le recours à la médication psychostimulante et les représentations liées au contexte dans lequel s'inscrivent les activités professionnelles liées à ces objets. Ce second niveau d'analyse fournit des données sur la façon dont s'élaborent les représentations sociales de ces objets au sein de l'école et de la population étudiée.

Dans une perspective d'approfondissement des résultats obtenus lors des deux premières phases d'analyse, les résultats présentés dans le chapitre VI permettent de préciser et de décrire, les modes d'organisation et de structuration des représentations sociales à l'aide d'une technique largement utilisée et répandue dans le champ des représentations sociales, soit la technique d'associations de mots (Abric, 1994a). Ces résultats permettent non seulement de mettre en évidence les principes organisateurs de prise de position de la représentation sociale commune (Doise 1992; Doise et Clémence, 1992) à la population étudiée dans le cas, mais aussi d'analyser les modes d'organisation et de structuration des différents éléments constitutifs de cette représentation (Flament et Rouquette, 2003; Abric, 1994b). Ces différents niveaux d'analyse et leur articulation permettent également de mettre en évidence que les différents éléments constitutifs du champ représentationnel ne sont pas des objets isolés mais plutôt articulés dans un système ouvert et complexe que l'on pourrait appeler des systèmes représentationnels

(Garnier, 2000a, 2005, Garnier et Lévy, 2007) circonscrits par le cadre conceptuel de l'univers professionnel des intervenants scolaires.

CHAPITRE 1

Problématique

La manière de concevoir le rôle et la responsabilité de l'école par rapport au TDA/H et la médication psychostimulante chez les enfants d'âge scolaire est loin de faire consensus dans la littérature scientifique. L'examen des différents courants théoriques développés dans les sciences médicales, la sociologie et les sciences de l'éducation montre en effet que les positions prises d'une discipline à l'autre sont parfois très différentes et qu'à l'intérieur d'une discipline, les points de vue peuvent aussi diverger considérablement. Ceci s'applique particulièrement aux sciences médicales qui font intervenir une vision complexe du traitement et du diagnostic du TDA/H comme nous pourrons le constater au cours de la discussion.

Afin de mettre en lumière le contexte scolaire qui nous préoccupe et les problèmes rencontrés dans les écoles par rapport à la problématique du TDA/H et la médication, une analyse de l'état des controverses et de la pluralité des différentes positions, justifications et évidences empiriques apportées dans les sciences médicales, la sociologie et les sciences de l'éducation s'imposent pour mieux comprendre la situation. Dans cette perspective, nous nous sommes attachés, dans un premier temps, à dégager les principaux problèmes soulevés dans la littérature scientifique à propos du TDA/H et le recours à la médication psychostimulante auprès des enfants d'âge scolaire. Cette exploration fournit des données importantes par rapport à l'objet d'étude en montrant que l'on assiste depuis les dernières années à un surdéveloppement des approches biomédicales dans la définition et la compréhension du diagnostic du TDA/H qui n'est pas sans influencer les modes de traitement qui sont actuellement privilégiés auprès des jeunes dans le milieu scolaire, et en l'occurrence l'usage du Ritalin® comme moyen pour contrôler les manifestations comportementales associées à ce trouble particulier de l'enfance. Dans un deuxième temps, sont présentés les principaux travaux qui se sont développés dans le champ de la sociologie portant sur les processus de médicalisation du TDA/H. Ces travaux apportent un point de vue critique en montrant

que la question du TDA/H et de la médication psychostimulante s'inscrit dans une problématique complexe impliquant plusieurs acteurs, dont ceux du milieu scolaire. Finalement, dans un troisième temps, les principaux travaux réalisés dans le contexte scolaire fournissent des données importantes sur les principaux problèmes rencontrés dans les écoles et les limites auxquelles elles sont confrontées dans le processus de prise en charge des élèves atteints ou supposément atteints d'un TDA/H.

1. LES PRINCIPAUX PROBLÈMES SOULEVÉS DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE À PROPOS DU TDA/H ET DE LA MÉDICATION PSYCHOSTIMULANTE

La littérature aborde l'ensemble des problèmes en mettant tout d'abord en évidence les différents constats autour de l'accroissement de la médicalisation ce qui repose sur trois aspects importants qui sont mis diversement de l'avant avec des points de vue plus ou moins critiques. Ainsi, le premier souligne les disparités de diagnostic, le second s'attaque aux problèmes qui sont liés au diagnostic et à l'instrumentation évaluative du DSM-IV de sorte que cela conduit les auteurs en dernier ressort à en regarder les conséquences sur le choix de la médicalisation. Dans la discussion qui suit, sont présentés ces différents aspects et problèmes spécifiques en vue d'en faire émerger les éléments essentiels à l'objet d'étude.

1.1 Un accroissement du taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de l'utilisation de psychostimulants qui ne semble pas vouloir ralentir

Alors que l'on entendait peu parler du TDA/H dans les années 70, ce trouble de l'enfance connaît une visibilité croissante dans les milieux scolaires et de la santé (Swanson et coll., 1995; Diller, 1998) et constitue le problème en santé mentale le plus fréquemment diagnostiqué actuellement auprès des enfants d'âge scolaire (Dulcan, 1997; Goldman et coll., 1998; Cantwell, 1996; Dupaul, 1992; Pelligrini et Hovart, 1995; Tripp & Luck, 1997; Collin et coll., 2005). Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la prévalence du diagnostic se situe entre 3 % et 5 % chez les enfants d'âge scolaire et le ratio garçons/filles varie de 4:1 à 9:1 selon les populations étudiées (*American Psychiatric Association*, 1994). Une méta-analyse faite en 1999, incluant les résultats de 11 études publiées entre 1987 et 1996, rapporte des taux de prévalence du

diagnostic qui varient de 1,7 % à 17,8 % et un ratio garçons/filles, de 3 : 1 à 9 :1 (Elia, Ambrosini et Rapoport, 1999). Le diagnostic de TDA/H serait toutefois en hausse chez les filles (Goldman, et coll., 1998).

Parallèlement à cette augmentation du taux de prévalence du diagnostic du TDA/H, de nombreuses études empiriques et rapports scientifiques rapportent également une importante hausse de prescriptions de médicaments psychotropes pour contrôler les symptômes associés au TDA/H en Amérique du Nord (*Drug Enforcement Administration* (DEA), 1995; Rappley et coll., 1995; IMS Canada, 1996; Zito et coll., 1997; Martin et coll., 2003; Collin et coll., 2005). Selon un rapport du Conseil québécois de la santé et du bien-être publié en 2005, «la prescription de médicaments psychotropes (comme le méthylphénidate, ou Ritalin) aux enfants devient un phénomène tout particulièrement inquiétant» (Collin et coll., 2005, p. 28). Les conclusions de ce rapport confirment ainsi les données de nombreuses études épidémiologiques qui ont rapporté, au cours des dernières années, des taux de prévalence préoccupants (allant au moins 1,9 % chez les jeunes de moins de 19 ans auxquels il faudrait ajouter de 2 à 3 % de consommateurs de méthylphénidate et une tendance à la hausse se traduisant par des augmentations de 300 % sur des périodes de 10 ans chez les jeunes (Collin et coll., 2005). Au Canada, les données publiées par la société *Intercontinenta 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 %.

Or, ces différents constats sont d'autant plus préoccupants que tout semble se passer comme si en dépit du fait que le diagnostic du TDA/H comme « syndrome neurologique distinct » soulève de nombreux questionnements dans la littérature scientifique (Zito, Safer, DosReis et coll., 2000; Hinshaw, 1994; Cantwell, 1996; Armstrong, 1996; Goldman, et coll., 1998; Schachar, 1986), ce diagnostic fait aussi intervenir un élargissement continu de la consommation de médicaments chez les jeunes enfants et les adolescents qui retient l'attention de nombreux experts dans le domaine (Parran et Jasinski, 1991; *Drug Enforcement Administration*, 1995; Breggin et

Breggin, 1994; Spencer, Biederman, Wilens, et coll., 1996; Fialkov et Hasley, 1991; Jacobovitz, Sroufe, Stewart et coll., 1990; Safer, 1994; Swanson, McBurnett, Christian et Wagel, 1995). Cette hausse significative de la consommation de psychostimulants est particulièrement préoccupante, puisqu'elle touche tout particulièrement les garçons (James et Taylor, 1990). Elle concerne également certains groupes cibles de la population écolière, comme les élèves en difficulté d'apprentissage ou de comportement (Cohen et coll., 1999), les enfants issus de familles prestataires d'assistance-emploi âgés de 18 ans et moins et certains groupes d'âge (Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM, 2001; Doré et Cohen, 1997). Par ailleurs, quoique les différents problèmes que soulève la prescription de psychostimulants aux enfants ont été maintes fois portés à l'attention des organismes gouvernementaux au Canada comme aux États-Unis, l'ampleur du phénomène ne semble pas vouloir ralentir et il paraît que les ordonnances ne cessent de se multiplier et de se complexifier (Collin et coll., 2005). En outre, de nouvelles tendances font jour et cette hausse « incessante » de la consommation de psychostimulants et plus largement de médicaments psychotropes s'accompagne de nouveaux indices préoccupants tels l'accroissement de la précocité du traitement, l'augmentation des prescriptions concomitantes (Wilens et coll., 1995; Wilens et coll., 1999) et du taux de prescription toujours croissant dans certains centres institutionnels et en particulier dans les Centres Jeunesse (Lafortune, Laurier et Gagnon, 2004).

Parmi les causes pouvant expliquer ces différentes tendances, les nombreuses variations et disparités observées dans les pratiques de diagnostic et de prescription en Amérique du Nord retiennent particulièrement l'attention des experts dans le domaine depuis quelques années. Ces derniers s'interrogent sur les différents facteurs pouvant conduire à ce phénomène.

1.1.1 De nombreuses disparités et variations dans le taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de la prescription de psychostimulants

Les études de prévalence du TDA/H rapportent généralement des différences importantes dans le taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de la prescription de psychostimulants en Amérique du Nord. En effet, en raison des diversités culturelles et

des différences de méthodologies retenues dans les études, les données de prévalence varient considérablement (Szatmari, Offord et Boyle, 1989) et en particulier d'un état à l'autre aux États-Unis (Szatmari, Offord et Boyle; Safer et Krager, 1983, 1984; Wolraich et coll., 1990; Zito et coll., 2000). Il appert toutefois que ce syndrome touche généralement de 3 % à 7 % de cette population (DSM-IV-TR (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, version 4, texte révisé) et que la prévalence de ce trouble est généralement plus grande chez les garçons que chez les filles. Certains auteurs (Szatmari, Offord et Boyle, 1989; Jamex et Taylor, 1990) donnent une proportion de six à neuf garçons pour une fille alors que d'autres révèlent une proportion de trois à quatre garçons pour une fille (Brown, 1996; Jolicoeur, 2000). Le choix des instruments de mesure du trouble, la population étudiée, la situation géographique, la perception et l'évaluation des critères diagnostiques du TDA/H (Mann et coll., 1992; *American Psychological Association*, 1994) de même que le degré d'accord requis entre les parents, les enseignants, les médecins et les autres professionnels pourraient constituer, selon Barkley (1998a) autant de facteurs possibles pouvant expliquer ces variations importantes d'un milieu à l'autre dans le nombre d'enfants diagnostiqués et soumis à une médication psychostimulante.

Ces variations ont aussi été observées au Canada (Brownwell et Yogendran, 2001) et au Québec (Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM, 2001) ce qui permet de conclure à la suite de plusieurs auteurs (Doré et Cohen, 1996; Cohen, Clapperton, Gref, et coll. 1999; Hinshaw, 1994; Diller, 1996; Cantwell, 1996; Cohen et Collin, 1997; Collin et coll., 2005) que plusieurs facteurs économiques, sociaux et culturels semblent être étroitement liés à l'établissement du diagnostic et à la prescription de psychostimulants.

Cette tendance particulière en Amérique du Nord, au regard des diagnostics du TDA/H et des prescriptions de psychostimulants ainsi que les très grandes disparités observées semblent toutefois pouvoir être attribuées à l'affiliation choisie de suivre, soit les critères diagnostiques proposés dans le système de classification psychiatrique CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS), ou soit ceux proposés dans le système de classification américain (DSM-IV) (Barkley, 1990;

1998; Schachar, 1991; Mann et coll., 1992; Taylor, Sandberg, Thorley & Giles, 1982). 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 utilisé en Amérique du Nord pour poser le diagnostic de TDA/H (Honorez, 1997). Selon toute évidence, il apparaît aussi que le système de classification européen ne tend à poser le diagnostic de TDA/H que dans le cas où lesdits critères du DSM-IV sont rencontrés, 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 TDA/H 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).

Compte tenu de cette situation, notre analyse se limitera aux critères diagnostiques proposés dans le DSM-IV parce qu'il s'agit, d'une part, d'une référence incontournable en Amérique du Nord mais aussi, d'autre part, parce qu'elle suscite de nombreuses controverses à propos de la validité des critères diagnostiques qui y sont proposés depuis l'origine.

1.1.2 Le TDA/H et le système de classification des troubles mentaux édités par l'Association de psychiatrie américaine (DSM-IV)

Afin de mieux comprendre ces différentes controverses, un survol historique des nombreuses transformations qu'a subies le diagnostic du TDA/H sera d'une aide précieuse dans un premier temps pour ensuite présenter dans le détail les principaux problèmes et critiques dont il fait actuellement l'objet dans la communauté scientifique.

1.1.2.1 Analyse socio-historique du diagnostic du TDA/H

Le concept de TDA/H a subi, au cours des dernières années, de nombreuses transformations dans la manière de le caractériser. Qualifié au début « d'anomalie cérébrale » puis « d'atteinte cérébrale minime » et « trouble hyperkinétique », il a

ensuite été désigné de « Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention » pour être finalement dénommé TDA/H, terme qui sera consacré par la suite dans la littérature.

La plupart des auteurs contemporains associent la découverte du syndrome de l'hyperactivité à Still (1902), un pédiatre anglais, qui aurait observé chez de jeunes enfants, principalement des garçons d'intelligence normale, des difficultés d'apprentissage, des troubles de la conduite et une faiblesse de l'attention (Ross et Ross, 1976). Dans le contexte scientifique de l'époque, il aurait associé ces différents problèmes à une perturbation du sens moral, provenant principalement d'une hypothétique anomalie neuro-anatomique et il proposa d'en faire un syndrome d'anomalie cérébrale (Bradley, 1990) sans exclure toutefois la possibilité d'une transmission héréditaire possible de ces différents problèmes. Tredgoald (1914) abondera aussi dans ce sens en parlant d'une diathèse neuropathique, un défaut moral dû à une anomalie cérébrale héréditaire (Barkley, 1990; Honorez, 1997).

À la suite d'une d'épidémie d'encéphalite survenue à Von Economo en 1918, des chercheurs et cliniciens américains observent, chez plusieurs enfants survivants, des séquelles importantes au niveau du lobe frontal auxquelles étaient associés des problèmes cognitifs et de la conduite (Ebaugh, 1923; Hohman, 1922; Stryker, 1925). Les manifestations comportementales étant semblables à celles évoquées quelques années plus tôt par Still, les chercheurs de cette époque postulent un lien entre ces symptômes et ce trouble cérébral (Ebaugh, 1923; Kahn et Cohen, 1934). C'est d'ailleurs dans ce contexte que Hohman (1922) a introduit le terme d'hyperkinésie, terme emprunté à la neurologie adulte pour désigner une anomalie de la motricité dont les manifestations étaient excessives et attribuées à une atteinte cérébrale (Honorez, 1997).

C'est ainsi que le terme d'hyperkinésie a longtemps été utilisé pour désigner divers troubles de comportement caractérisés surtout par de la suractivité motrice, ce qui a conduit à une généralisation du diagnostic à d'autres enfants étant considérés comme présentant ce genre de difficulté d'adaptation. En l'absence d'un diagnostic différentiel, les spécialistes ne sont toutefois pas parvenus à établir de

façon certaine l'existence d'une atteinte cérébrale chez ces enfants et auraient introduit le terme « d'atteinte cérébrale légère » pour tenter de trouver des causes possibles aux manifestations comportementales de l'hyperactivité (Pasamick, Knobloch et Lilienfield, 1956) sans toutefois parvenir à un véritable consensus (Barkley, 1990).

À la fin des années 50 et au début des années 60, l'hypothèse d'un syndrome neurologique distinct associé à l'hyperactivité se voit de plus en plus remise en cause et les experts remettent sérieusement en question la présence « d'une anomalie cérébrale » chez les enfants présentant des signes neurologiques équivoques, mais ne présentant pas nécessairement une lésion cérébrale pouvant être clairement identifiée (Birch, 1964; Herbert, 1964; Rapin, 1964). C'est d'ailleurs dans ce contexte fort controversé que le concept de « lésion cérébrale minime » est disparu de la nomenclature médicale pour être remplacé par des critères diagnostiques plus spécifiques tels que « dyslexie », « trouble du langage », « trouble d'apprentissage » et « syndrome hyperkinétique » (Laufer et Denhoff, 1957; Burks, 1960; Prechtel & Stemmer, 1962) pour qualifier les manifestations comportementales ou les problèmes d'apprentissage identifiés chez les enfants d'âge scolaire. Par ailleurs, malgré tous ces efforts pour tenter de mieux comprendre et expliquer les causes à l'origine de ces différents problèmes, le consensus ne peut à nouveau se faire entre les experts dans le domaine. C'est face à ces diverses interprétations que les médecins et chercheurs ont d'ailleurs été conduits à proposer un diagnostic spécifique à l'hyperactivité qui a été officialisé sous l'égide de l'Association de psychiatrie américaine (APA) vers la fin des années 60.

En effet, l'APA a introduit pour la première fois dans le DSM-II (1968) des critères permettant d'identifier le syndrome hyperkinétique de l'enfance et de l'adolescence (APA, 1968). Ce syndrome y est décrit par des manifestations d'hyperactivité, d'agitation et d'inattention. Les études cliniques conduisent cependant à remarquer que ces différences tendent généralement à diminuer à l'adolescence (Barkley, 1990). Dans une certaine mesure, on tente ainsi de réduire et de limiter la problématique au stade de l'enfance.

Plus de 10 ans plus tard, soit en 1980, le syndrome hyperkinétique est redéfini dans le DSM-III à partir d'une approche cognitiviste plutôt que neurologique (Barkley, 1990). Ce changement de cap radical a même entraîné une modification de la terminologie utilisée dans la classification des troubles mentaux (Barkley, 1990; Dubé, 1996). En se fondant sur les travaux de Douglas (Douglas, 1983) qui supportent plutôt l'hypothèse d'un déficit de l'attention, le DSM-III substitue d'une part, le concept d'hyperactivité à celui d'hyperkinésie et d'autre part, inverse le sens de la relation entre l'hyperkinésie et l'attention pour bien souligner que le manque d'attention et non l'hyperactivité est le symptôme principal de ce trouble. C'est ainsi que les échecs successifs de la neurologie, pour expliquer des symptômes imprécis et difficiles à cerner, traduisent un sentiment d'impuissance dont les retombées ont conduit à une nouvelle orientation étiologique dans laquelle la communauté médicale se tourne vers la psychologie cognitive afin de justifier les symptômes d'hyperactivité et d'inattention. Ainsi, un trouble cognitif, l'inattention, causerait un trouble moteur dont les manifestations s'expriment sous forme d'hyperactivité et d'impulsivité (Carlson, 1986).

Toutefois, le diagnostic centré sur une spécificité des critères n'apportant pas entière satisfaction, l'Association de psychiatrie américaine tente ensuite de mieux cerner les symptômes de l'hyperactivité par une prise en compte simultanée de critères qui donnent lieu au remplacement du DSM-II, en 1987, par le DSM-III-R. En considérant les différentes manifestations de symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention de façon globale plutôt que de les considérer séparément, le nouveau diagnostic s'écarte de la version précédente. La distinction entre les trois types de manifestations de symptômes, soit l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité se voient ainsi abolies : quel que soit le type de symptômes, le diagnostic sera posé sur la base de huit critères sur l'ensemble des 14 critères énoncés. Le diagnostic devient ainsi, en 1987, défini par l'expression « Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention » (APA, 1987).

Quelques années plus tard, ce syndrome évolue en revenant aux premières perspectives, dont on fait une synthèse. En effet, dans la version proposée en 1994

par l'APA, dans le DSM-IV, on conserve sensiblement la même appellation « Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité », mais on réintroduit une distinction entre les trois types de manifestations de symptômes (inattention, hyperactivité et impulsivité) : deux d'entre eux sont combinés (hyperactivité-impulsivité) tandis que le symptôme d'inattention contribue à déterminer le diagnostic avec la combinaison des deux autres critères par sommation (APA, 1994).

Ce bref parcours de l'évolution du concept d'hyperactivité et des multiples transformations qu'a subies le diagnostic du TDA/H dans le DSM depuis son origine reflète assez bien les nombreuses difficultés des sciences médicales qui perdurent depuis son origine pour délimiter les contours de ce trouble de l'enfance (Pellini & Hovart, 1995; Diller, 1996; Cohen et coll. 1999; Cantwell, 1996; Hishaw, 1994; Goodman et Poillion, 1992). Ces transformations successives semblent aussi être étroitement liées aux nombreuses représentations qui se sont succédées au cours des années sur l'étiologie de ce trouble de l'enfance. Ceci conduit donc à penser, selon certains auteurs (Wolraich et coll., 1998; Cramond, 1994; Yelich et Salamone, 1994), que la recherche scientifique n'a pu jusqu'à présent, ni résoudre le débat sur la prédominance de ce trouble de l'enfance ni expliquer les différentes causes pouvant interpréter l'accroissement du nombre d'enfants recevant ce diagnostic, ce qui, à la limite, constitue un aveu d'échec à définir rigoureusement l'étiologie de ce trouble particulier. En effet, ces passages successifs de la tendance neurologique à la tendance cognitive et à la tentative d'intégration de ces deux tendances apparaissent comme une manifestation du malaise de la communauté scientifique qui subsiste depuis nombre d'années.

Cependant, ce malaise qui émane de cette problématique particulière nécessite un regard plus large englobant à la fois l'enfant et son contexte de vie. En l'absence d'une analyse globale du phénomène et en raison des postulats propres au modèle médical, force est de constater que le TDA/H est toujours essentiellement associé à un dysfonctionnement neurologique (Waitzkin, H. 1989; Breggin et Breggin, 1994; Diller, 2002, 1996). Or, cette vision biomédicale de la maladie soulève de nombreux questionnements étant donné que ce diagnostic et l'usage de psychostimulants semblent être étroitement liés, c'est-à-dire qu'il semble difficile,

voire impossible, de traiter de la hausse du taux de prévalence de ce diagnostic sans considérer la question de la hausse de l'usage de ces médicaments. Certains auteurs (Perring, 1997; Collin et coll., 2005; Cohen et coll., 2006) vont même jusqu'à affirmer que « diagnostic » et « traitement » sont épidémiologiquement interreliés et constituent « les deux paramètres d'une même équation » (Collin et coll., 1995) :

Cette hausse de la prescription va de pair avec une hausse des diagnostics de TDA/H - l'indication principale pour les stimulants. En fait, les deux phénomènes sont tellement liés épidémiologiquement- le diagnostic de TDA/H étant associé de si près à la prescription de stimulants - qu'on peut raisonnablement se demander lequel justifie l'autre. En d'autres termes, est-il possible qu'une fois la décision prise de médicamenter l'enfant qui présente certaines difficultés d'inattention ou d'hyperactivité, on la justifierait ensuite au moyen du diagnostic? La non-spécificité des signes du TDA/H - reconnue comme problème significatif par plusieurs chercheurs dans le domaine- alimente le questionnement sur la surutilisation de ce diagnostic » (Perring, 1997) (cité dans Cohen et Collin, 1997, p. 105).

Cette correspondance entre le diagnostic du TDA/H et la médication psychostimulante témoigne certes de l'importance d'examiner la manière dont le diagnostic et la prescription de psychostimulants sont liés, mais aussi de considérer les nombreux problèmes qui entourent la façon dont est posé le diagnostic auprès des jeunes. Ces problèmes ont d'ailleurs largement retenu l'attention de nombreux ordres professionnels et instances gouvernementales au cours des dernières années.

1.1.2.2 Le problème d'ambiguïté des repères diagnostiques et la tendance au recours à la médication psychostimulante : un phénomène préoccupant pour les ordres professionnels et les instances gouvernementales

En regard des controverses entourant l'établissement du diagnostic du TDA/H ainsi que la consommation de psychostimulants, différents ordres professionnels et instances gouvernementales ont été mobilisés. Ainsi, ils ont recommandé, au cours des dernières années, que des lignes directrices soient élaborées concernant le dépistage, l'évaluation, le diagnostic, le traitement et les suivis des enfants atteints du TDA/H, supposément atteints ou en présentant des symptômes (Comité de revue de l'utilisation des médicaments [C.R.U.M.], 2001).

Aux États-Unis, en 1998, les auteurs d'un rapport (Council on scientific Affairs, American Medical Association (1998) recommandent que des lignes directrices sur le TDA/H soient élaborées et transmises à tous les intervenants du domaine. Ils considèrent, entre autres, que les cliniciens qui posent un diagnostic de TDA/H devraient s'être familiarisés avec les désordres du développement du comportement chez l'enfant; que le dossier médical devrait faire la preuve que l'enfant remplit les critères diagnostiques du TDA/H et que les manifestations morbides soient évaluées. On retrouve aussi plusieurs recommandations à l'effet que le dossier de l'enfant doit contenir un plan de traitement individuel pouvant entre autres inclure un traitement pharmacologique, une thérapie comportementale, des interventions s'adressant au milieu scolaire et également faire état d'un suivi approprié.

Ces différentes préoccupations ont aussi retenu l'attention du *United States National Institute Of Health* qui a organisé un important colloque aux États-Unis, à Bethesda au Maryland, et qui regroupait 31 experts et représentants des secteurs de la psychologie, de la médecine (psychiatres, neurologues, pédiatres), de l'épidémiologie, de la biostatistique, de l'éducation et du public. Les problèmes soulevés par les experts concernant le diagnostic qui se dégage de ce colloque, présentés dans le texte officiel publié par le *National Institute of Mental Health*, (1998), peuvent être regroupés selon trois axes de questionnements bien précis. Ce groupe d'experts note en effet : 1) une absence de consensus dans la communauté médicale pour définir les critères diagnostiques du TDA/H; 2) une prédominance des traitements médicamenteux du TDA/H au détriment d'autres formes d'interventions psychosociales ou éducatives et qui semble aussi être étroitement associée à une absence de liens de collaboration entre les intervenants des milieux scolaires et de la santé dans le système de prise en charge (dépistage, évaluation et intervention) du TDA/H auprès des jeunes d'âge scolaire; et finalement 3) de nombreuses disparités en ce qui a trait à la fréquence des diagnostics des TDA/H et de la prescription des psychostimulants.

Malgré de nombreuses recommandations et lignes directrices émises par différents ordres professionnels aux États-Unis, il apparaît, selon certaines évidences, que la situation ne s'est pas améliorée, ce qui a conduit plusieurs instances canadiennes

à réagir et à émettre certaines recommandations. Un rapport préparé par le *Canadian Coordinating Office Of Health of Technology Assesment* (Miller et coll., 1999) faisant état des diverses recherches effectuées au Canada sur le TDA/H indiquait en 1999, que même s'il s'agit du trouble le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants nord-américains et même s'il est abondamment étudié en recherche, son diagnostic demeure toujours un sujet controversé. Ce rapport mentionne également que le méthylphénidate est souvent prescrit d'une manière inappropriée et qu'il est difficile de juger de cette situation étant donné que les critères de diagnostic de TDA/H évoluent de façon continue et que le jugement clinique joue un rôle essentiel dans le diagnostic de ce trouble particulier.

En affirmant que le diagnostic est devenu « épidémique », les membres de l'*American Academy of Pediatrics*, en 2000, recommandent dans le processus d'établissement du diagnostic, que le clinicien recueille de l'information sur les symptômes de l'enfant directement auprès des parents et des enseignants, tout en tenant compte de son comportement dans divers milieux ainsi que de l'ampleur de ses problèmes fonctionnels. Au Québec, au cours de la même année, c'est au tour du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central de proposer que le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues du Québec élaborent des lignes directrices concernant l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le suivi des enfants. Ces lignes directrices visent à fournir aux médecins et aux psychologues un cadre de référence en matière de dépistage, de diagnostic, d'évaluation, d'intervention et de traitement des jeunes d'âge scolaire (de 5 à 18 ans) ayant un TDA/H ou en présentant des symptômes.

Plus récemment, soit en 2002, le Comité de pédiatrie psychosociale composé notamment de pédiatres de toutes les provinces canadiennes s'est aussi penché sur les problèmes que soulève le diagnostic du TDA/H. En se référant à la publication en 1990 de l'énoncé sur l'utilisation des stimulants chez les enfants ayant des troubles de l'attention, ce comité constate un taux de prévalence toujours croissant des diagnostics du TDA/H et de la prescription de psychostimulants depuis les 12 dernières années et conclut que le traitement doit être personnalisé en y ajoutant d'autres supports tels que

l'information et la formation des parents, le traitement comportemental et les interventions psychosociales et éducatives pour régler les troubles comorbides. Dans la même perspective, un rapport publié par le Conseil québécois de la santé et du bien-être (2005) fait également état de la difficulté d'application, dans les milieux de pratique médicale, de la recommandation à prescrire parcimonieusement dans un contexte de traitement multimodal, c'est-à-dire faisant intervenir des interventions psychosociales ou éducatives.

Les recommandations émises dans ces différents rapports révèlent ainsi que les pratiques de diagnostic du TDA/H et de la prescription des psychostimulants doivent nécessairement être considérées parce qu'elles reflètent, d'une part, les nombreuses interrogations associées au diagnostic du TDA/H (Waitzkin, 1989), mais aussi, d'autre part, les diverses interrogations à propos des stimulants du système nerveux central (SSNC) dans le traitement particulier de ce trouble pendant la période de l'enfance. Globalement, il ressort en effet de ces études que le diagnostic de TDA/H est souvent posé de façon arbitraire en raison de l'ambiguïté même des critères utilisés (Rafalovich, 2005) et que bien souvent, les comportements des enfants diagnostiqués diffèrent uniquement en termes de fréquence et d'intensité. De plus, distinguer chez l'enfant le développement normal du développement pathologique ou des difficultés temporaires et réactionnelles est particulièrement difficile. En somme, il existe pour un ensemble de conditions qualifiées de TDA/H, une très grande diversité de problématiques allant de légères à sévères, qui prêtent flanc à de nombreuses approximations (Collin et coll., 2005).

1.1.2.3 Des critères diagnostiques qui prêtent flanc à de nombreuses approximations

Il est devenu fréquent d'affirmer que le TDA/H pose d'importantes difficultés diagnostiques, ce qui en fait un sujet de controverse (Collin et coll., 2005). Plusieurs facteurs comme l'incertitude face au diagnostic peuvent avoir une incidence particulière sur les pratiques de diagnostic et le traitement préconisé dans le contrôle des symptômes associés au TDA/H (Goldman et coll., 1998).

Les critères diagnostiques du TDA/H sont divisés en deux types cliniques : « inattention » et « hyperactivité/impulsivité » (*American Psychiatric Association DSM-IV, 2004*).

L'examen de ces critères diagnostiques, tels qu'ils apparaissent en annexe (Appendice A), permet de mettre en évidence que la principale caractéristique de ce trouble particulier est associée à un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/similaire impulsivité, plus fréquente et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire. Pour poser le diagnostic du TDA/H, les critères du DSM-IV exigent que l'on retrouve chez l'enfant six des neuf symptômes reflétant l'inattention ou six des neuf symptômes reflétant l'hyperactivité ou l'impulsivité. Le diagnostic du TDA/H ne pourra ainsi être établi que dans la mesure où les manifestations comportementales d'inattention, d'impulsivité ou d'agitation résultent de ces symptômes. Ces symptômes doivent être observés dans deux environnements différents ou plus (par exemple, à la maison et à l'école; dans les activités de loisirs et à la maison; à l'école et dans les activités de loisirs).

De plus, la perturbation ne doit pas survenir exclusivement au cours d'un autre trouble affectif et elle ne doit pas être mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, un trouble anxieux, un trouble psychotique ou de la personnalité) ou d'autres difficultés fonctionnelles comme des troubles de comportement ou de la conduite (Barkley et coll., 1990) ou des problèmes d'apprentissage et de socialisation dans le milieu scolaire (*American Psychiatric Association DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition. Traduction française, 1996; Barkley et coll. 1990; Anastopoulos et Barkley, 1992; Ritchers, Arnold, Jensen, et coll., 1995; Biederman et coll., 1997*).

Toutefois, il faut mentionner que le degré d'envahissement et de répercussion des symptômes reflétant les manifestations comportementales associées à l'inattention, l'hyperactivité ou à l'impulsivité n'est pas toujours évident à bien identifier, ce qui conduit plusieurs auteurs (Kwasman, Tinsely et Lepper, 1995; Goodman et Poillon, 1992) à s'interroger plus précisément sur les problèmes d'ambiguïté que soulèvent les

critères diagnostiques du TDA/H, mais aussi ceux liés à la manière dont ces mêmes critères sont appliqués dans les prises de décisions relatives à la prescription d'une médication. Plus précisément, trois types de problèmes associés à ces critères diagnostiques sont généralement soulevés. Le premier concerne les difficultés que rencontrent les experts et praticiens dans le domaine pour associer les critères diagnostiques aux symptômes comportementaux du TDA/H (Barkley, 1990). Le second concerne les difficultés associées à l'établissement du diagnostic étant donné les possibilités de chevauchement possible avec d'autres types de diagnostics (Cohen et Collin, 1997). Finalement, le troisième problème concerne les difficultés rencontrées dans l'identification des multiples causes pouvant être associées aux manifestations comportementales du TDA/H (Cohen et Colin, 1997; Goldman et coll., 1998).

En ce qui concerne le **premier problème**, on remarque que pris séparément, les critères diagnostiques du TDA/H peuvent donner lieu à des interprétations parfois très différentes étant donné la lecture même de la symptomatologie dans le cadre scolaire qui est complexe et peut conduire à une véritable confusion entre un comportement normal chez les enfants et un comportement agité ou hyperactif. Il peut s'avérer en effet particulièrement difficile de distinguer les symptômes du déficit de l'attention/hyperactivité de comportements appropriés chez des enfants actifs puisque la frontière entre un comportement normal et symptomatique est souvent floue ou ambiguë. Tous les enfants, comme le soulignent à juste titre Desrosiers et Royer (1995) et Cohen et Collin (1997), peuvent présenter jusqu'à un certain point cette symptomatologie dans le cadre scolaire, car la plupart des enfants peuvent être distraits à certains moments de la journée, agissent occasionnellement de façon impulsive ou s'amuse à courir et sauter imprudemment.

De plus, toujours selon les critères diagnostiques du TDA/H tels que définis dans le DSM-IV, les manifestations comportementales observées doivent apparaître habituellement dans de multiples contextes, soit à la maison, à l'école ou lors de rencontres sociales. Or, il est très inhabituel qu'un enfant présente le même niveau de dysfonctionnement dans tous ces contextes de vie ou dans le même contexte dans toutes

les circonstances. Généralement, les symptômes s'aggravent dans les situations qui exigent une attention ou un effort intellectuel soutenu ou face à des tâches qui manquent intrinsèquement d'attrait ou de nouveauté (par exemple, écouter le professeur, faire son travail scolaire, s'exécuter à des tâches répétitives, etc.). Ainsi, s'en tenir aux seules manifestations de déficit attentionnel/hyperactivité comporte toujours le risque de conclure hâtivement le diagnostic chez des enfants manifestant des comportements dérangeants ou plus ou moins perturbateurs dans le milieu scolaire (Pelligrini et Havart, 1995).

Le **second problème** concerne certaines difficultés d'interprétation et de « chevauchement » possible du diagnostic (Cohen et Collin, 1997) avec d'autres problèmes et plus précisément certaines complications à associer de façon adéquate les critères diagnostiques aux symptômes comportementaux du TDA/H. Poser le diagnostic du TDA/H peut en effet constituer une tâche fort complexe compte tenu du fait que les principales manifestations comportementales de ce trouble particulier peuvent aussi être associées à d'autres troubles mentaux ou physiques (Bromn, Voigt et Elkin, 1996), (Goldman et coll., 1998, APA, 1994). Il existe en effet plusieurs troubles mentaux, psychologiques ou physiques pouvant présenter une symptomatologie similaire ou s'apparentant au TDA/H (comme un trouble de l'humeur, un trouble bipolaire de type 1 ou 2, anxieux ou dissociatif, des tics, de la schizophrénie, un trouble de l'opposition avec provocation, ou des troubles d'apprentissage et du langage) pouvant expliquer la présence des symptômes du TDA/H et qui doivent absolument être éliminés pour poser le diagnostic (Connors et coll., 2001; Collège des médecins et Ordre des psychologues du Québec, 2001; Kronström-Asselin et Morasse, K., 2002; Pliszka, S.C., Carlson et J. M. Swanson, 1999; Barkley, Fischer, Edelbrock et Smallish, 1991; Ritchers et coll., 1995; Nottelman et Jensen, 1995; Goldman et coll., 1998; Biederman, Farane, Taylor et coll., 1997, Ritchers, Arnold, Jensen et coll., 1995; Boileau, 1991).

Le **troisième problème** réside finalement dans le fait que le diagnostic de TDA/H « ne nous renseigne pas sur les causes du phénomène observé » (Cohen et Collin, 1997, p. 86). Tout un arsenal scientifique s'est déployé au cours des dernières années, notamment dans le champ de la psychiatrie, de la neuropsychologie, des

sciences cognitives et de la psychologie clinique pour mieux comprendre ce trouble particulier, mais aucun de ces domaines ne peut prétendre à l'heure actuelle en expliquer complètement les causes qui relèvent probablement, comme l'a déjà mentionné, il y a déjà plusieurs années Dubé, (1996), d'une « étiologie multifactorielle ». En effet, selon plusieurs évidences, le TDA/H ne semble pas être la résultante d'une seule étiologie, mais plutôt la résultante de plusieurs étiologies (Barkley, 1991).

Par ailleurs, comme pour plusieurs maladies ou syndromes en santé mentale, il n'existe pas de marqueur biologique, de signe biochimique ou de tests sanguins (Goldman et coll., 1998; Diller, 2002) pouvant assurer à coup sûr le diagnostic (Cohen et Collin, 1997; Golden, 1991; Breggin et Breggin, 1994), celui-ci reposant sur l'observation d'un ensemble de comportements (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2001). Ces différents problèmes soulèvent donc, encore une fois, la délicate question de la validité du diagnostic du TDA/H, mais aussi toute la question de savoir si le TDA/H peut être considéré comme une entité médicale distincte et spécifique (Munoz-Millan et Castel, 1989; Mc Guinness, 1989; Hinswah, 1994; Cantwell, 1996; Cohen et Collin, 1997). Par ailleurs, malgré les difficultés expérimentales éprouvées dans les recherches de l'étiologie du TDA/H, il faut aussi reconnaître, à la suite de Massé (1999), que l'étiologie du TDA/H est généralement associée à l'hypothèse d'une prédisposition biologique et à un trouble neurologique, ce qui a d'ailleurs donné lieu à différents positionnements théoriques et disciplinaires. En effet, contrairement à l'importance des études menées pour vérifier les hypothèses neurologiques, neurochimiques ou génétiques, les facteurs sociaux, comme la pauvreté, la sous-stimulation, l'abus physique ou psychologique, ou une alimentation carentielle sont généralement considérés comme pouvant accroître les difficultés relatives au trouble ou en être les facteurs précipitants ou aggravants, sans toutefois en être la véritable cause (Comité-conseil sur le TDA/H et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. Rapport, Québec : ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000).

Plusieurs hypothèses bioenvironnementales ont aussi été étudiées, par exemple, le rôle joué par les facteurs diététiques (Braswell et Bloomquist, 1991),

l'empoisonnement au plomb (McMichael et Baghurst, 1988) et la consommation d'alcool, de tabac ou la toxicomanie pendant la grossesse sans toutefois donner lieu à un consensus à propos de l'importance et le rôle joué par ces différents facteurs dans l'explication de ce trouble particulier. Ainsi, tout semble indiquer, que les études menées dans le champ médical, et plus précisément dans les neurosciences cognitives (Collin et coll., 2005) convergent généralement pour garder en vie un substrat biologique dans l'explication de l'étiologie de ce trouble ou pour parvenir à la démonstration de la preuve de l'existence d'un trouble neurobiologique sans toutefois pouvoir en faire véritablement la preuve ou la démonstration (Goldman et coll., 1998; Swanson et coll., 1995).

1.1.3 Une vision biomédicale prédominante dans l'explication de l'étiologie du TDA/H

Différentes approches théoriques ont été avancées au cours des dernières années pour identifier les différentes causes possibles du TDA/H, mais aucune, dans l'état actuel des connaissances, ne fait entièrement l'unanimité. En effet, outre des hypothèses neurobiologiques comme une atteinte cérébrale des complications périnatales, des lésions au cortex préfrontal, des dysfonctions cérébrales, une immaturité neurologique des hypothèses neurochimiques et génétiques (Le Moal et coll., 1977; Towbin, 1980; Rutter, Chadwick et Shaffer, 1983; Barkley, 1990; Braswell et Bloomquist, 1991; Faraone et coll., 1992; Biederman et coll., 1995) ont aussi été émises comme modèles explicatifs du TDA/H.

Ainsi, peu importe la méthode utilisée, les études portant sur l'anatomie du cerveau et en particulier celles qui ont été menées dans le champ des neurosciences cognitives ont généralement cherché à identifier des différences entre les enfants présentant un TDA/H et les groupes-contrôles (Conners, 1997). Or, le problème majeur avec ces études repose sur le fait qu'elles ne démontrent pas forcément des différences ou le cas échéant, les mêmes déviations. Certains sujets présenteraient quelques anomalies neurologiques ou biochimiques, d'autres pas. Il peut, par exemple, ne pas nécessairement avoir de lésions ou de « maladies » du cerveau, mais au contraire présenter des variations dans le développement relié aux régions frontale ou préfrontale

(Thomas et Willems, 1997). Une revue de 22 études, effectuée par Barkley et ses collègues (1992), a d'ailleurs permis de déceler beaucoup d'inconsistance parmi les recherches visant à savoir s'il est possible de discriminer le TDA/H des groupes-contrôles sur ce plan. Des résultats mixtes sont généralement obtenus en ce qui a trait aux fonctions exécutives et aux processus liés aux activités neurologiques. Il n'y a donc pas de consensus possible jusqu'à maintenant sur les problèmes d'attention, d'impulsivité et d'hyperactivité associés au TDA/H.

Un autre problème rencontré réside aussi dans le fait que les concepts d'attention et de concentration sont difficiles à définir, englobant une variété de phénomènes. Sur la base de travaux théoriques issus de la psychologie expérimentale et de la neurologie, nombre de chercheurs ont montré que l'attention pouvait être divisée en domaines distincts et qu'elle ne peut être considérée comme un concept unitaire (Kirby et Grimley, 1986; Gordon, 1998; Goldstein et Goldstein, 1990; 1998; Posner et Raichie, 1994). En se basant plus précisément sur les données récentes de la neurobiologie et de la neuropsychologie du cerveau, les travaux de Barkley (1994) ont permis de montrer que la recherche au cours des 10 dernières années aurait « conduit à l'incontournable conclusion que ce que l'on a appelé **ADHD** : *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (trouble du déficit d'attention et d'hyperactivité) n'est pas, à la base, une difficulté de l'attention comme son nom le suggère » (Barkley, 1994) (cité dans Paradis, 1999). En effet, selon cet auteur, le TDA/H est plutôt associé à un retard dans le développement neurologique des processus d'inhibition de la réponse à divers stimuli nécessaires pour organiser dans le temps et dans l'espace les comportements et pour répondre aux exigences quotidiennes qu'elles soient scolaires ou sociales. Dans cette perspective, le TDA/H ne serait donc pas une difficulté d'attention à la source de l'impulsivité, mais relèverait plutôt d'un dysfonctionnement dans les fonctions neuropsychologiques et exécutives fondamentales dans les processus d'autocontrôle ou de contrôle de soi (Paradis, 1999).

Ces quelques données indiquent que non seulement le TDA/H présente une étiologie beaucoup plus complexe que ce que les études expérimentales ont pu démontrer jusqu'à maintenant dans le champ d'études des neurosciences, mais aussi

qu'il constitue une catégorie diagnostique difficile à définir autant sur le plan clinique que théorique. Cette difficulté récurrente, qui se prolonge depuis de nombreuses années, montre encore une fois que les bases scientifiques du TDA/H sont loin d'être établies clairement en Amérique du Nord (Breggin et Breggin, 1994; Diller, 1998), mais aussi que des orientations théoriques et des positionnements disciplinaires différents (Wolraich, et coll. 1990; Carson et Butcher, 1992) semblent orienter les études dans la recherche de l'étiologie de ce trouble particulier ainsi que les modes d'évaluation et d'intervention privilégiés auprès des jeunes qui en sont atteints ou supposément atteints, et en l'occurrence amène le recours aux psychostimulants. En effet, on peut donc faire l'hypothèse, à la suite de Collin et coll., (2005) que les études menées dans le champ de la neuropsychologie et des neurosciences, la mise au point de nouvelles méthodes notamment dans le champ de l'imagerie cérébrale, les versions successives de la définition du TDA/H qui se sont succédé dans le DSM-IV, ainsi que la redéfinition et la multiplication d'entités nosographiques ont profondément influencé les conceptions et les pratiques d'intervention auprès des jeunes, et ce, tant à l'intérieur des milieux médicaux que dans le milieu scolaire.

En conséquence, on ne peut rester indifférent face à un tel phénomène étant donné que selon certaines évidences, on assiste à la présence d'un envahissement progressif des psychostimulants dans le traitement du TDA/H en Amérique du Nord. En effet, quelle que soit la popularité actuelle de ces médicaments dans le traitement du TDA/H, cette pratique a été largement dénoncée par les spécialistes dans le domaine (Swanson, McBurnett, Christian et coll., 1995), et de nombreuses études cliniques (Schachter et coll., 2001) permettent de nuancer le jugement optimiste porté jusqu'à présent sur l'efficacité de cette substance et la pertinence de la prescription qui la soutient.

Afin de comprendre les différents enjeux autour de cette question de l'usage des psychostimulants dans le traitement du TDA/H, il s'avère donc important d'en suivre le développement au cours du temps, étant donné que ces médicaments ont été utilisés dans la pharmacothérapie dans le traitement de différents troubles

émotionnels et physiques au cours des dernières années. C'est seulement en passant à travers ce parcours que nous pourrons en retracer les principaux enjeux.

1.1.3.1 Les stimulants du système nerveux central (SSNC) dans le traitement du TDA/H : quelques repères sociohistoriques

Les stimulants du système nerveux central (SSNC) sont des médicaments psychotropes dont l'effet principal est d'élever le seuil de vigilance et d'avoir plus ou moins une action anti sommeil (Bourin, Le Melleo et Malinge, 1995). Ces médicaments ont été principalement utilisés au cours des dernières années dans le traitement de la narcolepsie, de l'obésité, de la fatigue chronique, de la dépression majeure (avec utilisation conjointe d'antidépresseurs) et dans le traitement de l'hyperactivité (Peloquin & Klorman, 1986; Chiarello & Cole 1987; Goldman et coll., 1998).

La première administration de stimulants chez les enfants a été effectuée en 1937 par Bradley sous la forme d'une amphétamine, la benzédrine, chez des jeunes jugés comme présentant des troubles du comportement et des problèmes d'hyperactivité et d'apprentissage scolaire. Il observe ainsi « l'effet paradoxal » de la médication, c'est-à-dire que loin de stimuler les enfants hyperactifs et agités, l'amphétamine semble avoir plutôt un effet calmant sur leurs comportements (Bourin et Charpentier, 1986, Bourin et coll., 1995). L'intérêt des travaux de Bradley a toutefois été estompé par la guerre et l'utilisation des psychostimulants dans le traitement des enfants présentant des manifestations comportementales d'hyperactivité et s'est donc vu différer pendant plusieurs années (Bourin et coll., 1995). C'est seulement à la fin des années 50 et au début des années 60 que les stimulants ont connu une certaine popularité et plus particulièrement à partir de 1955, année où fut commercialisé le méthylphénidate (Ritalin®) par la compagnie CIBA-GREIGY, pour usage thérapeutique (Dupaul et Barkley, 1990; Goldman et coll., 1998).

Cependant, même si l'usage du Ritalin® a suscité un grand enthousiasme dans les milieux médicaux et scientifiques dans les années 60, plusieurs études

cliniques qui ont vu le jour dès le début des années 70 ont permis de nuancer le jugement optimiste porté jusque-là sur l'efficacité de cette substance et sur la pertinence de la prescription qui la sous-tend. (Conrad, 1975; Dupaul et Barkley, 1990; Diller, 1996, Schachter, Phan, King et coll., 2001). Sans toujours s'entendre sur les effets positifs à court et à long terme de ce médicament, on le considère dès lors impuissant à pouvoir régler à lui seul les problèmes de l'enfant hyperactif et l'on interroge de plus en plus la légitimité de son utilisation. Ce questionnement a d'ailleurs donné lieu à différents positionnements des spécialistes dans le domaine, **plusieurs** soulignant les effets positifs ainsi que les avantages et les bénéfices d'une telle utilisation; **certain**s dénonçant les limites et les effets négatifs pouvant être associés à l'usage des psychostimulants et **d'autres** dénonçant les limites des SSNC et l'importance de recourir à une approche multimodale.

1.1.3.2 Les effets de la médication dans le traitement du TDA/H : des effets positifs aux effets négatifs

On peut déceler une première orientation de recherche concernant les effets bénéfiques et positifs de la médication à court terme dans le traitement des principales manifestations comportementales du TDA/H, c'est-à-dire l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité (Bradley, 1990; Dupaul et Barkley, 1992; Swanson et coll., 1995). On y retrouve généralement un certain consensus à l'effet que la médication, à court terme, améliore de façon significative la capacité d'attention face à des tâches répétitives ou scolaires nécessitant un effort de concentration soutenu (DuPaul & Barkley, 1990; Swanson, et coll., 1993; Richters et coll., 1995) et qu'elle a un effet tranquilisant sur les comportements perturbateurs, d'impulsivité et d'hyperactivité (Golden, 1991; Swanson et coll., 1995; Richters et coll., 1995; Spencer et coll., 1996; Hechman, 1992, 1993; Biederman et coll., 1999).

C'est pourquoi, les psychostimulants sont de loin les médicaments les plus utilisés et presque toujours le premier choix dans le traitement du TDA/H. Les médecins utilisent habituellement deux familles de stimulants : le méthylphénidate (Ritalin®, PMS-méthylphénidate©, Rephenidate©, Ritalin® SR© et la dextroamphétamine©), HC I (Concerta) et la dextroamphétamine ou sulfate de

dexamphétamine (Dexedrine®). D'autres médicaments peuvent contribuer au traitement du TDA/H, notamment les non-stimulants comme l'atomoxétine (Strattera®), le buprorion (Wellbutrin SR®), la clonidine (Catapés®), les sels d'amphétamines (Adderall XR), les antidépresseurs tricycliques et les neuroleptiques. Toutefois, ils ne peuvent être considérés comme des médicaments de première ligne, la plupart n'améliorant pas la composante d'attention et leur effet principal concerne l'impulsivité ou l'agressivité. (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001).

Par ailleurs, même si les effets positifs des SSNC à court terme pour diminuer les comportements d'agitation et permettre aux enfants de mieux se concentrer sur des tâches scolaires sont reconnus par plusieurs (*American Academy of Pediatrics*, 2001), les effets à long terme de ces médicaments soulèvent de nombreux questionnements et certains spécialistes du domaine s'interrogent plutôt sur les effets secondaires et néfastes pouvant être associés à une consommation à long terme de ces substances (Weiss & Hechtman, 1986; McGuiness, 1989; Golden, 1991; Swanson et coll., 1992; Swanson et coll., 1993; Swanson et coll., 1995).

En effet, malgré le fait que les effets positifs à court terme des SSNC dans le traitement du TDA/H sont généralement bien reconnus et qu'ils ont été largement documentés, les effets à long terme de ces médicaments soulèvent également de sérieux doutes, certains spécialistes (Swanson, et coll., 1993; Richters et coll., 1995; Swanson et coll., 1995; Whalen et Henker, 1997; Goldstein et Goldstein, 1998) allant même jusqu'à conclure, de manière définitive, à l'absence d'effets positifs à long terme de ces substances sur l'ensemble des sphères de développement et de fonctionnement de l'enfant (comportements en classe, comportements antisociaux, habiletés d'apprentissage, impulsivité, troubles de la conduite). Ainsi, non seulement la médication psychostimulante soulève de fortes réserves sur les effets positifs de la médication à long terme, mais on considère aussi qu'il faut la prescrire avec prudence en tenant compte des effets secondaires pouvant y être fréquemment associés, par exemple des étourdissements, des céphalées, des maux d'estomac et une diminution de l'appétit

(*Drug Enforcement Administration*, 1995; Barkley, McMurray, Edelbroch & Robbins, 1990; Buitelaar, van der Gaag, Swaab-Barneveld & Kuiper, 1996).

Poussant encore plus loin la critique, certains chercheurs déplorent aussi les effets néfastes pouvant être associés à une consommation à long terme des psychostimulants (Dakis et Gold, 1990; Parran et Jansinsky 1991; Brown, Mott et Stewart, 1992; Corrigan et Ford, 1996; 1997) pouvant engendrer dans certains cas, une perturbation du cycle normal de la production d'hormone de croissance dans le corps (Shaywitz et coll., 1985; Javobovitz et coll., 1990), divers problèmes au niveau du système nerveux central (dépressions, agitation, irritabilité, troubles de l'humeur, léthargies) (Swanson et coll., 1992; Maxwen et Ward, 1995), des symptômes dysphoriques ou parfois même des comportements stéréotypés (DEA, 1995; Godman et coll., 1998).

En tenant compte de ces problèmes associés aux SSNC et partant du présupposé que le TDA/H est d'ordre biomédical, il n'est donc pas étonnant de constater que le consensus qui se dégage actuellement dans la littérature repose sur le fait que la médication stimulante ne constitue aucunement une « cure » contre le TDA/H (Armstrong, 2002) et qu'une intervention de type « multimodale » combinant l'utilisation de la médication avec des interventions psychosociales et éducatives, constitue le mode d'intervention à privilégier pour intervenir de façon efficace auprès des jeunes présentant des manifestations comportementales associées au TDA/H (Maag et Reid, 1994, 1996; D'alonzo, 1996; Barabasz et Barabasz, 1996; DuPaul, 1992; *National Institute of Health*, 1999; Klein et Abikoff, 1997; Hechtman, 1993; Richters et coll., 1995; Swanson et coll., 1995; Maag & Reid, 1996; Barkley, 1990; Silver, 1992; Wilens et Biederman, 1992; Hechtman, 1993; Greenhill, 1995; Cantwell, 1996; Spencer et coll., 1996).

Malgré une certaine ouverture à des modes d'intervention alternatifs à la médication dans le traitement du TDA/H, il semble bien, paradoxalement, que la médication est généralement perçue comme une solution efficace et rapide pour résoudre des problèmes identifiés chez les jeunes dans le milieu scolaire (effets positifs

sur le comportement, diminutions des comportements perturbateurs, meilleure estime de soi, capacité d'attention et de concentration accrue, etc.), ce qui conduit, selon certains auteurs, Cohen et coll., (1999) et Collin et coll., (1995) à poser les questions suivantes : comment comprendre cet accroissement incessant des prescriptions de psychostimulants auprès des enfants d'âge scolaire? Provient-il d'une meilleure détection des problèmes ou d'une redéfinition des problèmes en fonction de nouveaux paramètres ou du besoin de combler l'absence d'autres actions thérapeutiques et éducatives? Existerait-il d'autres justifications pouvant expliquer cette forte tendance observée au cours des dernières années? Autant de questions qui n'ont été, somme toute, qu'assez peu approfondies jusqu'à présent dans le cadre scolaire.

Parmi les différentes hypothèses avancées dans la littérature scientifique, il semble bien que la vision du TDA/H semble ancrée dans une vision biomédicale de la maladie et la recherche d'une cause neurologique, de « marqueurs génétiques », de neurotransmetteurs, de troubles neuropsychologiques dans l'explication de ce trouble particulier ou, tout autre détresse psychologique pouvant y être associée (Baughman, F.A. Jr., 1998). On peut donc penser que l'on assiste parallèlement à un phénomène de médicalisation du TDA/H ou, pour reprendre les termes d'Ehrenberg (2003), à un phénomène de « socialisation du cerveau », c'est-à-dire « à la diffusion de la certitude scientifique et sociale » du fait que de nombreux dysfonctionnements sociaux ou de nombreuses demandes de performance trouvent une explication et une réponse adéquate dans le domaine du « cérébral » (Ehrenberg, 2003). Vu sous cet angle, le recours à la médication psychostimulante peut être envisagé comme une solution aux différents problèmes associés au TDA/H, lesquels sont généralement définis comme des problèmes « de santé mentale ».

Cette hypothèse nous incite donc, à cette étape de la discussion, à considérer différentes orientations théoriques autour de la question de la médicalisation et qui sont développées plus particulièrement dans le champ de la sociologie.

1.2 Analyse des processus de médicalisation du TDA/H : un point de vue sociologique

Pour réaliser une investigation des différentes orientations théoriques qui se sont développées dans le champ de la sociologie à propos du processus de médicalisation du TDA/H, trois voies d'investigation sont privilégiées. La première est celle proposée dans la perspective théorique de la médicalisation et du contrôle social qui a particulièrement marqué le champ d'études de l'hyperactivité dans les années 70 avec les travaux de Conrad (1975, 1976, 1977). La seconde est celle qui a donné lieu à de nombreuses études critiques dans la perspective théorique du « constructionnisme social » concernant le processus de médicalisation de l'hyperactivité. Par suite des travaux réalisés dans cette théorie, la troisième voie d'investigation est celle de l'analyse des perceptions du TDA/H et de la médication psychostimulante que se font les différents groupes d'acteurs concernés (les enfants eux-mêmes, les parents, les intervenants du milieu scolaire, les médecins et autres professionnels de la santé) et de leur importance dans le processus de médicalisation des jeunes.

1.2.1 La perspective théorique de la médicalisation et du contrôle social de l'hyperactivité : quelques éléments théoriques

Au début des années 70, le concept de médicalisation fut un des principaux concepts fondateurs de la sociologie de la santé contemporaine. Principalement utilisée dans le contexte d'une critique de la médicalisation, cette approche a donné lieu à de très vives polémiques sur l'interprétation de certains actes médicaux et de l'attitude du corps médical (Renaud, 1985) à ce propos.

Les premiers à attirer l'attention sur la médicalisation furent les critiques de la psychiatrie, domaine en pleine expansion, bien qu'ils n'utilisèrent pas ce terme. Certains auteurs, par exemple Pitts, (1968), Freidson, (1970) et Zola, (1972) ont présenté les premières études de la médicalisation et du contrôle social médical en puisant leurs travaux à des sources aussi différentes que Parsons (1951) et la théorie de l'étiquetage (*labelling*) (Conrad, 1995). En effet, Parsons (1951) fut probablement le premier à conceptualiser la fonction du contrôle social joué par la médecine lorsqu'elle associe la maladie et le rôle de malade à des mécanismes de contrôle social. Dans cette perspective,

la maladie est associée à une certaine forme de déviance par rapport aux normes sociales dans lesquelles les individus doivent normalement remplir leurs fonctions et leurs devoirs dans la société, au même titre qu'elle est déviance par rapport à une norme biologique (Conrad, 1995). La reconnaissance de ce « rôle du malade » aurait ainsi pour conséquence de rendre légitimes des déviations causées par la maladie et permettrait à la société d'en limiter l'impact grâce au contrôle médical (Renaud, 1985).

À la suite des travaux de Parsons, plusieurs définitions du contrôle social médical ont été proposées. Selon le sociologue américain Peter Conrad (1995), la médicalisation « DÉSIGNE UN PROCESSUS par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non médicaux comme des problèmes médicaux, habituellement en les qualifiant de maladies ou de troubles » (p. 9). Depuis les années 70, plusieurs études furent publiées dans le champ de la médicalisation et du contrôle social et en particulier sur l'hyperactivité chez les enfants (Conrad, 1975, 1976, 1977) et la maladie mentale (Pfohl, 1977). Mais depuis quelques années, ce champ d'études a vu aussi « s'élargir les processus de médicalisation à des phénomènes plus « normaux » (obésité, tabagisme, ménopause, problèmes scolaires, épuisement professionnel, etc.) » (Bouchard et Cohen, 1995). La plupart de ces études se sont intéressées aux stratégies par lesquelles la médecine s'est acquis le monopole de la définition de la maladie ou de la déviance afin de créer socialement le « malade » ou le « déviant » avec les conséquences stigmatisantes que cela comporte ou que cela peut entraîner pour l'individu. Le processus de médicalisation de ces différents phénomènes conduirait ainsi à une certaine forme de contrôle social, notamment à partir de la prescription de médicaments qui est souvent présentée comme une justification à la maladie. Par rapport au problème qui nous intéresse, les travaux de Conrad sur l'hyperactivité (1976) constituent un exemple particulièrement éclairant parce qu'ils permettent de mettre en évidence les différents processus sociaux et psychosociaux qui ont pu conduire progressivement, au fil des années, à médicaliser ce trouble particulier de l'enfance.

1.2.1.1 Le processus de médicalisation du TDA/H

S'inscrivant dans la lignée directe des travaux en sociologie de la déviance des années 60 et 80 dont un des champs privilégiés étaient la « maladie mentale », Conrad, (1976) dans une étude empirique intitulée « Identifying Hyperactive Children », s'intéresse au processus par lequel un comportement déviant, l'hyperactivité, est identifié, défini et conceptualisé comme un problème médical par différents groupes d'acteurs (parents, enseignants et médecins) directement concernés par ce phénomène. Intrigué par le fait que le phénomène de l'hyperactivité et l'usage de stimulants sont devenus si populaires dans les années 60 et 70, il émet l'hypothèse qu'avant d'être normalisé à la fin des années 50 comme un désordre hyperkinétique, le concept d'hyperactivité, d'un point de vue purement sociologique, n'existait pas. Il soutient ainsi qu'avant la découverte de l'hyperactivité, les enfants étaient plutôt diagnostiqués comme étant des enfants « désobéissants », « rebelles » ou même « émotionnellement perturbés », termes qui étaient généralement consacrés dans les années 60. Les comportements hyperactifs de ces enfants étaient ainsi définis et gérés dans un autre cadre que celui du médical, c'est-à-dire généralement pris en charge dans les contextes familial et scolaire et dans les cas extrêmes, référés en clinique pour des problèmes de comportement ou autres troubles psychiatriques.

Cette étude a été réalisée dans une clinique médicale affiliée à un centre hospitalier : le *Northeastern Pediatric Hospital Medical Center* (NPH) aux États-Unis à l'aide de plusieurs méthodes de collectes de données telles qu'une approche historique de documents médicaux portant sur l'hyperactivité, des observations participantes et des entrevues avec des parents, des enseignants et des médecins. En s'inscrivant dans une perspective de recherche interactionniste, la démarche poursuivie par Conrad visait à examiner, d'une part, le processus par lequel des parents et des enseignants parviennent à définir l'hyperactivité comme un problème médical et à analyser, d'autre part, la démarche suivie par les médecins dans la construction du diagnostic une fois que la demande d'évaluation est formulée par les parents et les enseignants.

De cette analyse, il ressort globalement que le problème de l'hyperactivité, conçu en tant que « déviance » et « problème médical » s'inscrit dans un système complexe d'interactions sociales dans lequel le problème est d'abord identifié par une audience significative (famille et école) et ensuite diagnostiqué en fin de compte par les médecins. Dans cette perspective, le processus de médicalisation de l'enfant hyperactif semble s'inscrire à l'intérieur des frontières de ce système dans la mesure où chacun de ces acteurs considère que le problème relève de la sphère de juridiction médicale et qu'il doit être défini et conçu suivant les critères utilisés dans le système médical :

When the deviant behavior is medicalized, it enters the jurisdiction of the medical system. In a sense we can say that the family and the school give medical jurisdiction to educational or behavioral problems. (Conrad, 1979, p. 49)

Par ailleurs, (Conrad, 1979) montre aussi que ce processus de médicalisation est complexe et qu'il implique pour les médecins de gérer une large part d'incertitudes; celles-ci étant inhérentes aux difficultés que pose le problème d'hyperactivité étant donné que le diagnostic reste souvent au stade d'une hypothèse ou d'une tentative d'explication médicale de la situation. En effet, le diagnostic de l'hyperactivité comporte une multitude d'incertitudes pour les médecins étant donné que plusieurs enfants qui leur sont référés pour des problèmes auxquels la famille et l'école recherchent une solution médicale sont en fait des enfants dont les problèmes sont souvent d'un autre ordre, par exemple des problèmes affectifs, d'apprentissage ou de comportement. Face à une telle situation, les médecins seraient donc en porte-à-faux pour répondre à de telles attentes parce qu'il leur est souvent demandé de procéder à la construction d'une réalité médicale pour laquelle ils ne peuvent y trouver de données objectives physiologiques ou neurologiques pour assurer à coup sûr le diagnostic.

À partir de ces différents constats, Conrad conclut que le processus de médicalisation de l'hyperactivité s'inscrit dans un système complexe d'interactions sociales dans la mesure où les différents groupes d'acteurs concernés définissent le problème en termes médicaux et pour lequel une solution médicale, c'est-à-dire la

médication, est fortement recherchée. Ainsi, le diagnostic de l'hyperactivité serait la résultante d'une construction sociale d'un comportement déviant qui s'élabore indépendamment de toute réalité médicale :

The physicians construct a reality for a diagnosis of hyperactivity and yet construct this reality of hyperactivity as something that exists independently from their construction of a medical reality. (p. 70, 1976)

À la suite des travaux de Conrad (1976) plusieurs auteurs (de Shazer, 1991, 1994; Cade, 1990; Kral, 1995; Nylund et Corsiglia 1994; Lévine, 1997) qui s'inscrivent plus précisément dans la perspective du « constructionnisme social » ont pu confirmer les conclusions de cet auteur, en ce qu'ils permettent de situer l'hyperactivité non seulement chez l'enfant qui en porte les symptômes, mais plutôt dans le cadre élargi d'une construction sociale (Lavoie, 2002).

1.2.2 La médicalisation du TDA/H vu sous l'angle d'une construction sociale

Le fait de concevoir la problématique de l'hyperactivité dans le cadre social qui en explique l'émergence justifie que soit réévaluée la façon dont ce phénomène est appréhendé (Lavoie, 2002). Dans cette perspective, l'approche théorique inscrite dans la perspective du « constructionnisme social » offre des pistes d'investigation intéressantes, en ce sens qu'elle permet de situer l'hyperactivité, à la suite de Conrad (1976), dans le cadre élargi d'une construction sociale. Notons toutefois qu'une telle analyse n'est pas unique au problème de l'hyperactivité et a déjà été effectuée au sujet des enfants présentant des difficultés d'apprentissage (Sleeter, 1986; Clegg, 1993), des problèmes émotionnels (Paul & Cooper Epanchin, 1991) ou d'ordre développemental (Smith, 1999), ainsi qu'à propos des enfants déficients (Lea, 1988).

Il faut toutefois préciser que le constructionnisme social est une variante de la pensée constructiviste. Il s'agit d'un courant de la sociologie contemporaine initié par Berger et Luckmann dans leur livre *The Social Construction of Reality* (1966). Cette approche, à l'instar de la conception constructiviste développée en épistémologie, envisage la réalité sociale et les phénomènes sociaux comme étant « construits » c'est-à-dire créés, institutionnalisés et, par la suite, transformés en traditions. Ainsi, elle a comme particularité de concevoir la connaissance non pas

comme le reflet fidèle des phénomènes, mais plutôt en tant que produit de société et de culture (Gergen, 1985). Par rapport à la problématique qui nous intéresse, les travaux menés dans cette approche théorique reposent sur trois postulats, présentés par Lavoie (2002) de la façon suivante :

Le premier postulat repose sur le fait que l'augmentation du nombre d'enfants identifiés hyperactifs ne serait pas uniquement le résultat d'une procédure améliorée et plus objective d'évaluation. Elle serait plutôt le produit d'une façon particulière qui s'est développée au fil du temps et dans un contexte social déterminé de traiter certains comportements des enfants. Le fait d'identifier un enfant comme ayant un TDA/H et de lui attribuer cette étiquette diagnostique, reflèterait ainsi le consensus actuel qui règne en Amérique du Nord à propos des enfants qui présentent certaines manifestations comportementales associées à ce trouble particulier (Lavoie, 2002). Dans cette perspective, ce qui sous-tend ce consensus social ne relèverait pas d'une plus grande objectivité, mais au contraire de son intérêt ou de sa pertinence à favoriser l'adaptation du plus grand nombre d'enfants à leur milieu, en l'occurrence leur milieu scolaire.

Le second postulat implique de considérer l'importance du langage et plus précisément « le pouvoir et l'importance des mots » (de Shazer, 1991, 1994) dans la construction des connaissances ou des conceptions à propos de l'hyperactivité et plus largement du TDA/H. Ces connaissances se construisent plus précisément par le biais d'un langage particulier. L'emploi d'une terminologie donnée pour définir, décrire ou évaluer les comportements de l'enfant hyperactif n'est pas une entreprise neutre. Ce vocabulaire particulier aurait ainsi une incidence directe sur l'enfant qui se voit ainsi attribuer certaines particularités plutôt que d'autres. Partant de ce second postulat et pour les tenants de cette façon de penser, il ne s'agit pas de savoir si un enfant est hyperactif ou non selon les critères diagnostiques du TDA/H, mais plutôt de considérer l'avantage de lui « accoler l'étiquette d'hyperactivité » et de faire usage d'une terminologie centrée sur les symptômes, ainsi que sur les limites, déficits et faiblesses qui s'y rattachent.

Enfin, le troisième postulat, toujours selon Lavoie (2002), implique que la construction sociale de l'hyperactivité se développe et se maintient par la présence de récits ambiants et prédominants. Ainsi, l'image que l'enfant « hyperactif » se fait de lui-même résulterait en majeure partie des messages en circulation autour de lui, lesquels peuvent être stimulants ou restreints pour son expérience. Palombo (1994) souligne, par exemple, que lorsqu'un terme comme « l'hyperactivité » devient central chez un enfant, cela n'est pas uniquement le signe d'un désordre qui lui appartient, mais aussi le produit de l'intégration par l'enfant d'un discours socialement construit dans son entourage immédiat. De son côté, Lévine (1997) considère aussi le fait que plusieurs intervenants psychosociaux, même encore aujourd'hui, adoptent la façon dominante de concevoir les difficultés présentées par les enfants « hyperactifs », ainsi qu'un langage spécifique. Selon lui, leur approche centrée sur le diagnostic expliquerait le peu de considération qu'ils accordent en parallèle aux facteurs environnementaux. Nylund et Corsiglia (1994) abondent également dans le même sens et soulignent que le diagnostic d'hyperactivité a souvent pour conséquence d'amener les parents, les enseignants et les professionnels à se constituer une « histoire saturée de problèmes ». Selon eux, cette trame devient souvent prédominante au point qu'elle a pour effet de limiter l'accès à d'autres visions potentielles des problèmes, davantage centrées sur les forces, les habiletés et les réussites de l'enfant.

À partir de ces trois postulats, la perspective constructionniste et avec elle les travaux de Conrad (1976) soulèvent une importante question : la « découverte » de nouvelles formes de médicalisation de l'hyperactivité et plus largement du TDA/H peut-elle être considérée comme le produit « d'une construction sociale » pouvant conduire éventuellement à une certaine forme de justification de l'usage de stimulants dans la gestion de ce trouble particulier de l'enfance?

Selon plusieurs évidences, il semble que l'on puisse répondre de façon affirmative à cette question. Les analyses de Conrad rencontrent en effet les conclusions d'une étude beaucoup plus récente réalisée par Cohen et coll. (1999) qui montrent que le processus de prise en charge du TDA/H à l'école ainsi que la

médication psychostimulante s'inscrivent dans une dynamique sociale complexe entre les différents acteurs concernés (parents, enseignants, intervenants psychosociaux du milieu scolaire, médecins) où « l'enjeu de la médication est présent dès qu'un enfant est pour la première fois observé comme présentant un problème dans la classe » (p. 35). Tandis que les médecins indiquent qu'ils subissent des pressions pour prescrire, les familles invoquent, quant à elles, les pressions qu'elles subissent de la part des écoles qui visent à réduire les comportements considérés comme non désirables de certains élèves en suggérant la médicalisation. Ainsi, comme de récentes analyses de discours d'enseignants dans les écoles le laissent apparaître (Vincent et Garnier, 2005), il s'agirait aussi d'une sorte de « jeu souterrain entre discours et contre discours en faveur ou non de la médicalisation » afin de faire face aux difficultés rencontrées et pour reprendre le contrôle de la situation.

Ces différentes conclusions conduisent finalement à s'interroger sur l'importance de ces discours et contre discours entre les différents groupes d'acteurs directement concernés, mais aussi à considérer les conceptions que se font ces différents groupes d'acteurs du TDA/H et de la médication. Une telle investigation s'avère en effet nécessaire à cette étape-ci étant donné que les études portent généralement sur les perceptions qu'ont ces différents groupes d'acteurs alors que la dynamique sociale ainsi que les processus d'influence qui s'exercent entre ces différents groupes d'acteurs (Garnier et Lévy, 2007) qui participent à la construction et à l'élaboration de ces discours est rarement considérée ou prise en compte dans les études.

1.2.3 Le TDA/H et la médication psychostimulante dans le processus de médicalisation des enfants d'âge scolaire : le point de vue des acteurs

Les principales études recensées dans la littérature sur le TDA/H et le Ritalin® se concentrent généralement sur les perceptions d'un ensemble restreint d'acteurs concernés : les enfants (Flannagan, Pillow, Wise, 2002; Fogas, Oesterheld, Shader, 2001), les mères et les enfants (McNeal, Roberts, Barone, 2000), les enseignants (Gamache, Cromer, Filgas-Heck, Freyd, 2005) et les pairs, les préadolescents (Frame, Kelly, Bayley, 2003), les collégiens (Babcock et Byrne, 2000), les parents (Le Fever,

Villers, Morrow, Vaughn, 2001) et les médecins (Evink, Crouse et Elliott, 2000; Halasz, 2001; Hellerstein et Biedermann, 2003; Rafalovich, 2005).

1.2.3.1 Les perceptions des jeunes enfants et adolescents

Si l'on signale de plus en plus que des élèves éprouvent réellement des difficultés sur le plan social et n'arrivent pas à composer de manière acceptable avec les exigences scolaires, il y a toutefois lieu de nous interroger sur le sens de certains diagnostics posés par l'école et sur la médicalisation de la situation de certains de ces élèves. Par ailleurs, selon Fogas, Oesterheld, Shader (2001), dans les études cliniques sur l'usage des SSNC, les enfants perçoivent leur participation dans la recherche clinique comme étant volontaire et non risquée et montrent un taux élevé de satisfaction. Pour les préadolescents, la perception positive du TDA/H est associée à la participation d'un groupe de support (Frame, Kelly, Bayley, 2003). Chez les collégiens, elle est perçue comme une drogue récréationnelle à l'accès facile qui se compare aux amphétamines et à la cocaïne (Babcock et Byrne, 2000). C'est aussi, par le recours aux psychostimulants, le moyen pour les adolescents d'augmenter leurs performances (intellectuelles, sportives ou artistiques) qui va d'ailleurs jusqu'à un usage du médicament détourné de ses fonctions médicales de base (mésusages) : ils permettent d'augmenter la concentration, l'effort, tout en minimisant l'impulsivité et de limiter les effets précompétitifs (Guerreschi, Garnier, Menaut, 2002, 2003). Dans leur rapport, Cohen et coll. (1999) posent l'hypothèse d'un manque de communication et de concertation des différents acteurs concernés par les pratiques de diagnostic et d'intervention auprès des jeunes qui présentent un TDA/H et qui pourraient expliquer une telle croissance de la consommation médicamenteuse de psychostimulants chez les jeunes. Plus spécifiquement, une telle croissance pourrait s'expliquer par une multitude d'influences qui s'exercent de façon nouvelle sur les acteurs par l'amélioration de la détection précoce du TDA/H, par la redéfinition des problèmes de santé mentale qui pourrait tenir compte de nouveaux savoirs ou plutôt de la nécessité de combler un vide thérapeutique et social (Collin et coll., 2005; Evink, Crouse, Elliott, 2000; Doré et Cohen, 1997).

1.2.3.2 Les perceptions des parents

Dans le cas des parents, lesquels doivent faire face aux difficultés rencontrées par leurs enfants, ils ont le souci de les voir performer dans leurs études ou d'être acceptés par l'enseignant et les autres élèves, aussi ils peuvent souscrire aux attentes de l'école et consulter les services médicaux. Les mères perçoivent plus de bénéfices à la prescription de psychostimulants que leurs enfants (McNeal, Roberts, Barone, 2000) alors que dans l'étude de Flanagan, Pillow et Wise (2002), ces deux groupes ont des perceptions équivalentes et positives de la médication. Les parents considèrent que les enfants atteints de TDA/H courent un plus grand risque d'échecs scolaires (Le Fever, Villers, Morrow, Vaughn, 2001). Ils considèrent également que le sucre et la diète influencent l'hyperactivité, ils sont majoritairement hésitants à utiliser la médication et près de 38 % des 302 parents interrogés croient que trop d'enfants reçoivent une médication pour le TDA/H (Dosreis et coll., 2003). Les parents se plaignent d'être blâmés par le milieu scolaire pour les difficultés que rencontrent leurs enfants (Harborne, Wolpert et Clare, 2004).

1.2.3.3 Les perceptions des enseignants

Les études concernant les enseignants portent principalement sur leurs perceptions des succès académiques lors d'interventions multimodales qui combinent la consommation de psychostimulants et de pratiques éducatives adaptées à cette clientèle d'élèves (Corkum, Mullane, McKinnon, 2005; Hukriede et Miernicki, 2006; Kapalka, 2005; Mc Grady, 2005; Wang, Bernas, Eberhard, 2004). Elles concluent toutes à la supériorité de l'intervention médicamenteuse complétée par d'autres interventions. Quelques chercheurs s'intéressent aux critères diagnostiques utilisés par les enseignants en fonction de leurs différences culturelles (Curtis et coll., 2006), de celles des élèves et de leurs connaissances du TDA/H (Stormont et Stebbins, 2005; Vereb & DiPerna, 2004). Ce dernier thème a fait l'objet d'une revue extensive de la littérature par Kos, Richdale & Hay (2006) qui conclut à un besoin de formation des enseignants concernant leurs savoirs et leurs pratiques éducatives à propos du TDA/H. Ces besoins de formation portent particulièrement sur les facteurs entretenant un lien de comorbidité avec le

TDA/H, les facteurs relevant des interactions avec les pairs et ceux relevant des conditions familiales.

1.2.3.4 Les perceptions des médecins

Les études concernant les médecins traitent principalement des difficultés diagnostiques (Halasz, 2001; Rafalovich, 2005) et des pratiques de prescription (Hellerstein et Biedermann, 2003). Evink, Crouse et Elliott (2000) observent que les pédiatres utilisent davantage de tests spécifiques et d'évaluations critériées que les médecins de famille. Par ailleurs, ces derniers réfèrent davantage de patients pour une évaluation complémentaire. Concernant la prescription de SSNC, on précise dans l'étude d'Hellerstein et Biedermann (2003) que 95 % des médecins interrogés prescrivent du méthylphénidate, 32 % prescrivent aussi du dextroamphétamine, 24 % de la pemoline et 20 % de la dextroamphétamine/amphétamine et qu'ils les prescrivent majoritairement pour le TDA/H, la narcolepsie, les troubles du sommeil et la fatigue. Par ailleurs, dans l'étude de Sax et Kautz (2003), 491 médecins étaient interrogés sur leurs perceptions du rôle des autres acteurs dans l'établissement d'un premier diagnostic de TDA/H. Ces médecins considèrent que ce sont les enseignants qui posent les premiers le diagnostic de TDA/H, suivi des parents, des médecins de famille, des intervenants du milieu scolaire autres que des enseignants et des spécialistes (psychiatres, psychologues). Ces résultats corroborent ceux du *GPC Factor Research Group* (1999) qui parle de l'influence exercée sur les médecins en terme de pression ressentie pour prescrire. Selon ces derniers, ce sont les pédopsychiatres qui, parmi les spécialistes, sont les plus sujets à des pressions de la part des enseignants. Les acteurs qui exercent le moins de pression sur les généralistes sont les médecins de référence et les travailleurs sociaux (*GPC Factor Research Group, 1999*). On retrouve des résultats similaires dans l'étude de Doré et Cohen (1997) où selon les parents et les médecins, ce sont les enseignants qui posent un premier diagnostic et proposent aux parents d'avoir recours à la médication. Ces auteurs mentionnaient aussi que les enseignants se plaignaient du manque d'encadrement psychosocial et des difficultés liées à leur travail pendant que les médecins déclaraient que l'évaluation médicale demeurait trop sommaire.

Ces renvois multiples des uns aux autres, et en particulier aux enseignants, conduisent à s'interroger sur le rôle que joue l'école. Dans le cas de l'école, les difficultés rencontrées pour transiger avec des élèves présentant des comportements déviants ou inadaptés au sein des classes pourraient bien fournir une piste valable. Ayant à gérer un ou des groupes d'élèves et à orienter des trajets individuels d'apprentissage, plusieurs enseignants disent en effet être détournés de leur enseignement par des jeunes qui perturbent très souvent le fonctionnement de la classe. Les travaux de Vincent (2005a) permettent en effet de constater que si l'école met en place des dispositifs pour suppléer les besoins d'encadrement de ces élèves, tels des locaux d'accueil et des personnels éducateurs spécialisés, il reste que les enseignants souhaitent qu'ils se conforment aux exigences scolaires et à la vie de la classe, la prise de stimulants devenant alors une solution « séduisante », voire une panacée. D'ailleurs, plusieurs enseignants souhaitent que des élèves prennent du ritalin et conseillent à leurs parents de solliciter une prescription auprès de leur médecin de famille.

Ces différentes études corroborent les conclusions des travaux de Cohen et coll., (1999) et Paradis (1999) mentionnés précédemment en montrant que la question de l'usage de la médication psychostimulante dans le traitement du TDA/H s'inscrit globalement dans une vision globale et fonctionnelle associée au médicament et qu'elle est généralement envisagée en fonction de l'environnement scolaire dans lequel se trouvent les enfants, de leur performance scolaire et surtout en fonction des exigences du milieu scolaire. Or, compte tenu de ces multiples renvois au milieu scolaire, on ne peut ignorer le rôle que joue l'école et son importance par rapport à la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante.

1.3 Le point de vue du milieu scolaire à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante

Le rôle de l'école par rapport à la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante est fort complexe et fait intervenir différentes dimensions à considérer, en particulier la manière dont l'école se positionne par rapport à cette problématique et les mesures qu'elle met en place dans la gestion des problèmes rencontrés dans le processus de

prise en charge des enfants qui présentent des manifestations comportementales associées au TDA/H dans le contexte scolaire.

1.3.1 État actuel de la situation dans le milieu scolaire

La problématique de l'usage de stimulants dans le traitement du TDA/H constitue une préoccupation majeure depuis de nombreuses années pour les intervenants du milieu scolaire qui ont à intervenir auprès des jeunes jugés atteints de ce trouble de l'enfance (Dupaul, 1992).

Depuis le début des années 90, un consensus se dégage dans la littérature des sciences de l'éducation à l'effet que la médication psychostimulante ne constitue pas la pierre angulaire du Traitement du TDA/H (Barkley, 1990; Dupaul et Stoner, 1994; Bender et McLaughlin, 1995) étant donné que la majorité des élèves hyperactifs peuvent toujours éprouver de nombreuses difficultés sur le plan académique ou manifester des comportements inappropriés malgré la prise de médicaments (Desrosiers et Royer, 1995). Par ailleurs, si la médication est souvent jugée nécessaire, on recommande généralement que le recours à la médication soit combiné à des interventions ciblées dans le milieu scolaire pour optimiser le fonctionnement des élèves et pour élaborer, en étroite collaboration avec la famille et les professionnels de la santé un programme d'intervention approprié aux besoins particuliers des élèves présentant des manifestations comportementales du TDA/H (Barkley, 1990; Abramowitz, et coll., 1992; Dupaul et Stoner, 1994). Certains auteurs (Dupaul et coll., 1992; Gadow, 1993; D'Alonzo, 1996; Barabasz et Barabasz, 1996) insistent aussi sur le fait que l'école a une large part de responsabilité au niveau de la mise en place des mesures éducatives et rééducatives pouvant favoriser la participation de l'enfant en classe, diminuer les effets négatifs du TDA/H et permettre une évaluation globale de la nature des problèmes d'apprentissage et de comportement présentés par l'enfant (DuPaul & Stoner, 1994). Dans cette perspective, une approche ciblée permettant une combinaison de plusieurs interventions constitue une mesure efficace pour gérer les difficultés identifiées chez des enfants atteints de TDA/H. L'importance d'une telle approche est aussi confirmée par Hawkins et ses collaborateurs (1991) qui insistent de leur côté sur l'importance d'implanter dans le milieu scolaire des programmes d'intervention à plusieurs facettes afin de fournir aux

élèves hyperactifs des services éducatifs personnalisés. En effet, chaque élève étant unique, les intervenants scolaires ont souvent à adapter ou à rectifier leur programme d'intervention afin de répondre aux besoins de chacun.

Parmi les différentes mesures généralement utilisées, certaines techniques de gestion du comportement, notamment les techniques de renforcement positif de comportements appropriés et de renforcement négatif de comportements inadéquats sont fréquemment appliquées par les enseignants et donnent de bons résultats (Institut Chesapeake, 1995). Étant donné que ces techniques permettent aux élèves d'acquérir des comportements acceptables en classe, de bonnes habitudes de travail et certaines habiletés d'organisation, elles sont principalement utilisées dans le but d'augmenter la durée et le niveau d'attention et pour diminuer le nombre de comportements perturbateurs chez les enfants atteints de TDA/H (Barkley, 1990; Dupaul et Stoner, 1994). Puisque ce sont là les principes de base d'un enseignement efficace, on reconnaît que lorsqu'elles sont mises en pratique, ces différentes techniques ont généralement un effet bénéfique sur l'apprentissage et les problèmes de comportement généralement associés au TDA/H (Institut Chesapeake, 1995).

Cependant, il demeure que ces différents modes d'interventions ne sont pas toujours faciles à implanter dans le milieu scolaire et/ou qu'ils n'offrent pas toujours le taux de succès souhaité (Desrosiers et Royer, 1995). Ces différents modes d'interventions peuvent être, en effet, difficiles à mettre en place dans les écoles ou considérablement réduits à cause de nombreuses contraintes temporelles, organisationnelles ou financières souvent associées à un manque de ressources de professionnels spécialisés (psychologues, orthopédagogues, conseillers pédagogiques) dans le milieu scolaire (Doré et Cohen, 1996; Cohen et coll., 1999).

En conséquence, tout semble indiquer que lorsque cette première ligne d'intervention échoue ou lorsqu'elle ne peut donner lieu à des interventions-cibles, le recours à la médication s'impose à tous et devient la solution directe pour intervenir auprès des jeunes présentant des manifestations comportementales associées au TDA/H. Un lien direct semble donc s'établir entre l'identification d'un enfant « hyperactif » et

la demande de consultation médicale formulée par les intervenants scolaires avant même que ne soit mise en place une intervention éducative pour tenter de remédier aux problèmes identifiés.

Au Québec, cette situation a retenu particulièrement l'attention du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui ont convenu d'agir rapidement, mais aussi pour faire le point sur la situation actuelle dans le milieu scolaire concernant l'augmentation de la consommation du ritalin chez les enfants d'âge scolaire. Fruit du travail d'un groupe d'experts mis sur pied par ces deux ministères, un comité-conseil formé de plusieurs collaborateurs, partenaires, organismes et institutions² a été mis sur pied afin de proposer différentes mesures pouvant s'avérer efficaces pour soutenir les jeunes atteints de ce trouble ainsi que leurs parents et pour outiller les intervenants des secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux engagés auprès de ces jeunes.

Ces diverses mesures proposées par l'ensemble de ces partenaires ont conduit à la rédaction d'un rapport relativement récent déposé auprès des autorités politiques du gouvernement du Québec (Comité-conseil sur le TDA/H et sur l'usage de stimulants du système nerveux central (2000). Rapport, Québec : ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux). On y retrouve les différents principes qui devront dans le futur guider l'intervention ainsi que les modes d'action qui devront être mis sur pied pour soutenir les intervenants susceptibles d'intervenir auprès des jeunes du primaire et du secondaire. Ces différents principes sont formulés dans les termes suivants :

² Ce comité-conseil a été constitué de nombreux représentants issus des organismes suivants : Association des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD); Association des pédiatres du Québec; Association québécoise pour les troubles d'apprentissage (AQETA); Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire (CRIRES); Collège des médecins du Québec; Comité de la santé mentale du Québec; Conférence des régies régionales; Fédération des comités de parents de la province de Québec (FCPPQ); Fédération des comités de parents de la province de Québec (FCPPQ); Fédération des syndicats de l'enseignement (FSE); Fédération québécoise des directeurs et directrices d'établissements d'enseignement (FQDE); Ordre des psychologues du Québec (OPQ); regroupement des chefs de pédopsychiatrie du Québec. (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).

- 1) les mesures d'intervention proposées devront être envisagées dès les premières manifestations des difficultés des jeunes, et ce, avant même qu'un diagnostic formel de TDA/H soit posé;
- 2) si les difficultés observées chez les jeunes sont importantes et que les intervenants concernés jugent qu'il peut s'agir d'un jeune ayant un TDA/H, une évaluation multidisciplinaire doit être mise sur pied de façon à éliminer tout autre diagnostic possible et pour que soient pris en considération tous les facteurs pouvant contribuer aux difficultés observées;
- 3) le recours à la médication ne doit être envisagé que dans le contexte de cette évaluation multidisciplinaire et lorsqu'il sera clairement démontré que, sans ce soutien, le développement du jeune pourrait être compromis sur les plans scolaire, affectif et social;
- 4) le plan d'intervention doit inclure diverses mesures de soutien sur les plans pédagogique, comportemental et social, et ne doit pas être limité uniquement qu'à une approche médicale;
- 5) la concertation entre les personnes ressources concernées et les parents doit être encouragée pour assurer la cohérence et la complémentarité de l'intervention et de son suivi auprès des jeunes dans le milieu scolaire.

En recadrant la problématique du TDA/H et de l'usage de la médication psychostimulante dans le contexte social plus global dans lequel elle s'insère, c'est-à-dire en tenant compte des besoins de l'enfant, de ses parents, du milieu scolaire et en incluant celui avec le secteur de la santé et des services sociaux, ces différents principes mettent en lumière le rôle de l'école dans la mise en place d'approches éducatives et psychosociales complémentaires au traitement médicamenteux du TDA/H, mais aussi le rôle et la responsabilité de l'école dans les prises de décision concernant la médication. Par ailleurs, si ces différents principes constituent un objectif plus ou moins avoué d'influencer les pratiques d'évaluation, d'intervention et de prise en charge des jeunes dans le milieu scolaire ayant un TDA/H, on peut toutefois se demander si ces

mêmes principes sont effectivement appliqués dans les pratiques pour atteindre les résultats escomptés. Aussi, se demander si les différentes mesures peuvent effectivement changer les pratiques, c'est oublier trop vite que leur mise en œuvre implique leur appropriation et leur maîtrise par les différents groupes d'acteurs concernés. Cette question n'est pas simple à répondre, et ce, d'autant plus que les travaux de Doré et Cohen (1997) et de Cohen et coll., (1999) ont déjà permis de mettre en évidence que ce système de prise en charge du TDA/H s'inscrit, non seulement dans une dynamique sociale complexe, mais aussi dans une logique de pratiques professionnelles très bien établies et centrées sur une vision biomédicale dans la manière de concevoir le problème du TDA/H et de la médication psychostimulante.

1.3.2 Une exploration nécessaire du sens que revêt le TDA/H et la médication psychostimulante pour les intervenants du milieu scolaire

Compte tenu de cette situation et du rôle particulier que semble jouer l'école dans le processus de prise en charge des enfants ayant un TDA/H à l'école primaire, l'investigation que nous voulons mener dans le cadre de la présente étude est d'analyser la question du sens que revêt la problématique de la médication stimulante dans le traitement du TDA/H chez les différents groupes d'intervenants de l'école primaire (enseignants, psychologues, infirmières, orthopédagogues, psychoéducateurs, directeur d'école) directement concernés, mais aussi le sens que ces différents groupes d'intervenants accordent à leurs pratiques professionnelles et à leurs interactions avec les autres groupes d'acteurs concernés (enfants, parents, médecins, autres intervenants psychosociaux et de la santé). Cette question du sens que revêt la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante nous semble en effet fournir une occasion particulièrement intéressante de mieux saisir le contexte de l'école dont les pratiques sont largement remises en cause depuis les dernières années.

Dans cette perspective, les **questions de recherche** qui sous-tendent les objectifs poursuivis dans le cadre de notre étude sont les suivantes :

Quelles sont les représentations que se font les différents groupes d'intervenants du milieu scolaire du TDA/H et de la médication psychostimulante? Quelles

significations donnent-ils à leurs manières d'exercer leurs pratiques professionnelles dans le contexte de prise en charge du TDA/H et de la médication psychostimulante? Et comment s'organisent et se structurent ces représentations professionnelles liées au TDA/H, à la médication et aux conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent les pratiques professionnelles de ces intervenants scolaires?

Une telle exploration serait ainsi contributive puisque les travaux et les recherches empiriques dans le domaine du TDA/H dans le milieu scolaire se limitent généralement à une description statique des différents facteurs contextuels pouvant intervenir dans les pratiques professionnelles des intervenants concernés alors que les dimensions psychosociales (subjectives, représentationnelles, communicationnelles, interactionnelles, contextuelles et pragmatiques) qui semblent par ailleurs jouer un rôle déterminant dans les prises de décisions associées au traitement médicamenteux du TDA/H semblent avoir très peu retenu l'attention des chercheurs jusqu'à présent.

Afin de mener cette investigation, notre questionnement de recherche doit s'inscrire dans un cadre théorique et une approche méthodologique pouvant permettre à la fois de cerner les représentations des groupes d'intervenants concernés tout en laissant une large place à l'examen des processus psychosociaux dans l'analyse des modes d'articulation de ces représentations dans les pratiques professionnelles.

CHAPITRE II

Cadre théorique

Afin de répondre aux questions de recherche précisées dans le chapitre précédent, cette recherche s'inscrit principalement dans la perspective théorique et constructiviste des représentations sociales développées dans le champ de la psychologie sociale. Deux raisons justifient ce choix : l'une est théorique et l'autre est empirique.

Au plan théorique d'abord : la théorie des représentations sociales, par le passage à l'épreuve du temps, plus de 40 ans, et son expansion dans des champs disciplinaires variés, a montré sa grande capacité à saisir différents phénomènes sociaux, culturels et idéologiques dans lesquels baignent les individus tout en tenant compte de la construction de sens qu'ils opèrent à travers leurs modes d'interaction et de communication. Définie comme une « modalité de connaissance particulière » (Jodelet, 1989a) et comme des « systèmes de valeurs, de notions et de pratiques » (Moscovici, 1961), la notion de représentation sociale offrira un cadre d'investigation heuristique pour examiner les diverses catégories conceptuelles, sociales et symboliques correspondant au TDA/H et le recours à la médication psychostimulante dans l'univers des pratiques professionnelles des intervenants œuvrant à l'école primaire.

Au plan empirique ensuite : les travaux menés par plusieurs auteurs (Aubrée et Raspad, 1986; Morin, 1989; Guimelli et Jacobi, 1990; Lorenzi-Cioldi, 1991; Guimelli et Jacobi, 1999) sur les représentations mobilisées dans des situations professionnelles et sur les activités professionnelles, ont montré la fécondité de la théorie des représentations sociales pour informer sur la manière dont les individus et les groupes donnent sens à leurs activités professionnelles, se construisent des identités multiples et se forgent un savoir pratique. En s'appuyant sur différentes approches théoriques et méthodologies développées dans la perspective des représentations sociales, les travaux de certains chercheurs (Bataille et coll., 1997; Piasser, 1999) ont aussi largement contribué à opérationnaliser la logique de l'approche théorique d'une famille particulière

de représentations sociales, soit les représentations professionnelles, en proposant un cadre conceptuel spécifique aux champs de pratique des activités professionnelles. Définie comme « des représentations sociales portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique et partagé par les membres de la profession » (Piaser, 1999), la notion de représentation professionnelle intégrée au cadre théorique des représentations sociales fournira un cadre opérationnel spécifique et adapté à celui précédemment invoqué.

L'essentiel des fondements théoriques sur lequel repose cette étude étant précisé, le cadre général de la démarche peut maintenant être présenté. Dans un premier temps, seront présentés successivement le cadre général de la théorie des représentations sociales, ses différentes approches et le choix théorique qui en découle. Dans un second temps, les travaux développés dans le champ d'études spécifique des représentations professionnelles seront examinés afin de faire émerger les particularités et l'intérêt par rapport à cette étude.

2. LA THÉORIE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

2.1 Quelques aspects théoriques

Afin d'aborder les principaux aspects de la perspective théorique retenue dans le cadre de cette étude, il s'est avéré nécessaire de présenter successivement l'origine de la notion de représentation et son évolution au cours des dernières années dans divers champs disciplinaires ce qui n'est pas sans avoir suscité de nombreuses controverses et critiques à propos de la définition de cette notion.

2.1.1 Genèse de la notion de représentation sociale : de Durkheim à Moscovici

Le concept de représentation sociale est issu des travaux de Durkheim sur les représentations collectives. Pour différencier les aspects social et individuel « la chose » et « l'objet », Durkheim crée en 1894 une notion nouvelle : la représentation collective « comme production mentale relevant d'une étude de l'idéation collective » (Jodelet, 1989a).

Durkheim (1894) fut le premier à parler de « représentations collectives » affirmant qu'elles permettent d'éclairer les phénomènes sociaux. Ensemble de croyances et de sentiments collectifs, ces représentations traduisent « la façon dont le groupe se pense dans ses rapports avec les objets qui l'affectent » (Durkheim, 1895, p. XVII). Ces représentations sont collectives parce qu'elles émanent de la « conscience collective » et qu'elles possèdent une certaine universalité, étant communes tout au moins aux membres d'une collectivité. Durkheim les distingue des représentations individuelles qui ont pour substrat la conscience individuelle et dont l'étude est du ressort de la psychologie. En effet, bien que les représentations collectives ne puissent être activées qu'au travers des individus qui les partagent, elles transcendent l'individu et jouissent une fois formées, d'une certaine autonomie :

La société est une réalité sui generis : elle a ses caractères propres qu'on ne retrouve pas, ou qu'on ne retrouve pas sous la même forme, dans le reste de l'univers. Les représentations qui l'expriment ont donc un tout autre contenu que les représentations purement individuelles et l'on peut être assuré par avance que les premières ajoutent quelque chose aux secondes (Durkheim, 1894).

L'opposition entre représentations collectives et représentations individuelles constitue un aspect fondamental de l'œuvre de Durkheim. Les premières résultent d'une force impersonnelle, anonyme et diffuse. Elles sont une émanation de la vie collective et de la société, produites collectivement et donc partagées par les individus appartenant à une même société. À ce titre, elles sont caractérisées par une grande stabilité : elles préservent le lien social entre les membres d'un groupe, leur permettent d'évoluer dans leur environnement social et leur servent de cadres de référence. Les secondes ont pour fondement la conscience de chacun. Elles sont particulièrement sensibles aux changements, elles sont instables et peuvent être transformées même par de faibles variations intervenant dans l'environnement physique ou social.

On retrouve également cette idée dans la spécificité de la notion de « fait social » que Durkheim (1912) a développée et qui constitue, selon lui, l'objet même de la sociologie en lui fournissant son champ d'application propre. De fait, ce qui caractérise le « *fait social* », c'est l'indépendance du groupe, des faits sociaux et des « représentations collectives » par rapport aux consciences individuelles. Cette propriété

a deux conséquences particulières : tout d'abord, elle rend le groupe irréductible à la somme des conduites ou des caractères individuels. Ensuite, et en raison de cette propriété, le groupe va imposer à l'individu des contraintes incontournables. Cette deuxième conséquence est capitale dans l'œuvre de Durkheim, tout entière orientée dans le sens du primat du social sur l'individuel (Guimelli, 1999).

En 1961, Serge Moscovici dans son étude *princeps* intitulée : *La psychanalyse, son image et son public* reprend dans le champ de la psychologie sociale l'hypothèse de Durkheim, à savoir que pour expliquer des faits sociaux, il faut tenir compte des représentations « qui sont partagées par un grand nombre de personnes, transmises d'une génération à la suivante, et imposées à chacun de nous sans notre assentiment conscient » (Moscovici, 1986, p. 51). Il retrouve ainsi ce « concept perdu », lui faisant quitter « son rôle de catégorie générale concernant l'ensemble des productions à la fois intellectuelles et sociales » (Moscovici, 1961). En le singularisant, Moscovici recrée le concept de représentations sociales et le rend opérationnalisable dans le champ de la psychologie sociale.

Située à l'interface du psychologique et du social (Jodelet, 1984a,b, 1989a), la perspective théorique des représentations sociales se distingue des approches behavioristes, cognitivistes ou phénoménologiques en ce qu'elle traduit, en premier lieu, un refus d'envisager la pensée sociale comme une simple différenciation de la pensée ou de la représentation individuelle, ensuite parce qu'elle traduit un effort pour réintroduire la diversité des objets, des conditions et des situations sociales particulières (Jodelet, 1989a, Herzlich, 1972).

2.1.2.1 *Les représentations sociales : une notion en pleine expansion et au carrefour de diverses disciplines*

À la suite des premiers travaux de Moscovici (1961), plusieurs auteurs ont repris la notion de représentation sociale dans différentes disciplines, mais aussi dans des études théoriques, empiriques, expérimentales et non expérimentales (Doise, 1985). Une recension des écrits réalisée par Jodelet (1984a, 1989a) dans les années 80 montre en effet que ce ne sont pas seulement les psychologues, mais aussi certains anthropologues

(Augé, 1979, Godelier, 1978; Héritier, 1979), historiens (Le Golf, 1976), politicologues (Rosanvallon et Viveret, 1979) et sociologues (Bourdieu, 1979, 1980), qui ont utilisé la notion et qui en ont fait d'emblée un lieu commun réservé au développement d'une théorie des phénomènes de sociétés (Jodelet, 1984*b*). Dans sa double filiation à la sociologie des formes symboliques et des productions mentales collectives (Durkheim, 1894, 1895, Mauss, 1950; Mead, 1952) d'une part, et à la psychosociologie de la connaissance élaborée dans le cadre de l'interactionnisme symbolique (Berger et Luckman, 1966) et de l'ethno-méthodologie (Cicourel, 1972) d'autre part, la notion de représentation sociale constitue depuis de nombreuses années une référence incontournable dans l'analyse des phénomènes représentatifs et sociaux (Jodelet, 1984*a,b*, 1989*a*) qui interpellent divers champs de recherche tout en les faisant bénéficier d'une vision plus large des problématiques sociales étudiées (Garnier, 2000*a*).

Si cette pénétration ou cette « expansion » (Jodelet, 1989*a*) issue de la théorie des représentations sociales dans différentes disciplines et champs de recherche était déjà présente, il y a plus de 40 ans, il semble bien que ce succès se reflète même encore aujourd'hui, que ce soit au niveau des nombreuses publications dans différentes disciplines des sciences humaines et sociales ou au niveau des articles publiés dans les revues en psychologie sociale européenne ou internationale. Par ailleurs, le revers de cette notoriété grandissante a également conduit à une utilisation théorique non maîtrisée des concepts clés, à de nombreux mésusages, voire à une « application sauvage » (Orfali, 2000) de la notion de représentation sociale dans certains domaines, notamment dans celui de l'empirique. En effet, traiter de la notion de représentations sociales, c'est aussi reconnaître le caractère fortement polysémique de cette notion qui a conduit selon certains auteurs (Jodelet, 1989*a*; Doise, 1985; Garnier, 2006) à de nombreuses dérives de sens.

2.1.3 Les représentations sociales : une notion controversée et lieu de mésusage

Les problèmes théoriques du début de l'ère des représentations sociales que certains auteurs ont soulignés (Doise, 1985; Clémence et coll., 1995; Garnier, 2006) peuvent être attribués, entre autres, aux différentes définitions proposées par un grand nombre d'auteurs. Même encore aujourd'hui, il s'avère difficile, voire presque

impossible, de dégager une définition commune à tous les auteurs qui utilisent la notion de représentations sociales ou de faire un inventaire des différentes définitions ou des multiples procédures qui ont été utilisées à la suite de Moscovici pour illustrer empiriquement ces définitions. Selon Doise (1985) « Comme tout savoir, celui incorporé dans la notion de représentation sociale est lui aussi relationnel, il résulte d'une coordination de points de vue, d'une intersection de définitions particulièrement nombreuses dans le cas de la notion de représentation sociale » (p. 243).

Cette multiplicité de définitions de la notion de représentation sociale n'est pas sans avoir suscité de nombreux questionnements et débats théoriques importants entre Moscovici et certains psychologues sociaux, en particulier Jahoda (1988) et Potter et Litton (1985), dont les principales critiques portaient sur le fait que les définitions étaient très larges, imprécises et offrant très peu d'ancrage ou de positionnements suffisamment réglés contrairement à celles généralement proposées dans le champ de la psychologie sociale. Si ces différents débats reflètent sans aucun doute les difficultés à cerner la notion de représentation sociale, on peut aussi penser, à la suite de Garnier (2006; Garnier et Lévy, 2007) qu'ils ont aussi largement contribué à faire évoluer la théorie en favorisant l'émergence de différents courants théoriques qui se sont développés au fil des années et qui vont de l'approche ethnographique (Jodelet, 1989*b*), à l'approche structurale (Abric, 1987, 1994; Flament, 1989; Rouquette 1994*b*; Rouquette et Guimelli, 1994; Vergès, 1992, 1994; Flament et Rouquette, 2003), aux « principes générateurs des prises de position » (Doise, 1992), aux perspectives développementales (Duveen et Lloyd, 1990; Garnier et Lévy, 2007, de Rosa, 1995) ou encore l'approche discursive développée par les chercheurs de la *London School of Economics* (Jahoda, 1988; Potter et Litton, 1985).

Le développement de ces différents courants théoriques permet toutefois de mettre en évidence le caractère dynamique et évolutif de la théorie des représentations contrairement à des théories, qui une fois énoncées, sont définitivement structurées, standardisées et figées dans un cadre particulier (Garnier, 2006). Ce caractère dynamique est d'ailleurs très présent dans les travaux de Moscovici qui ont toujours défendu l'idée qu'en science, on ne puisse faire évoluer les choses que dans la mesure

où les conceptions que les chercheurs ont de la théorie ou des définitions laissent une marge de manœuvre suffisante pour pouvoir évoluer, se structurer et se préciser.

2.1.4 La notion de représentations sociales : quelques éléments de définition

En termes de définition de la notion de représentation sociale, la première qui vient à l'esprit est celle proposée par Moscovici qui la désigne comme étant :

... des systèmes de valeurs, des idées et des pratiques dont la fonction est double; en premier lieu, établir un ordre qui permette aux individus de s'orienter et de maîtriser leur environnement matériel, ensuite, faciliter la communication entre les membres d'une communauté en leur procurant un code pour désigner et classer les différents aspects de leur monde et de leur histoire individuelle et de groupes (1961-1976, p. XIII).

En tant que modalité particulière de connaissance « de sens commun » (Jodelet, 1989a), la spécificité des représentations sociales réside dans le caractère social des processus qui les produisent. En tant que « systèmes de valeurs, de notions et de pratiques » (Moscovici, 1961), elles recouvrent donc « l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné » (Guimelli, 1999, p. 63). En ce sens, les représentations sociales ne sont pas exclusivement cognitives, car elles sont aussi sociales (Markova, 1996; Abric, 1994b; Jodelet, 1989a), dans la mesure où elles reflètent l'ancrage des individus dans leur environnement physique et social (Garnier, 2000). Cet aspect de l'ancrage social est fondamental pour saisir la pensée sociale qui se forme et qui se construit dans la dynamique des rapports sociaux et des relations qui s'établissent entre les groupes sociaux (Guimelli, 1999; Garnier et Doise, 2002).

Dans cette perspective, on peut donc dire à la suite de Garnier (2006) que le fondement même de la théorie des représentations sociales repose essentiellement sur une perspective socioconstructiviste et qu'elle s'oppose en cela à des approches cognitivistes et individualistes. Ce qui est visé n'est pas d'étudier ce que pense un individu ou ce qu'il ressent en tant qu'individu, mais plutôt ce qui fonde dans un groupe social les références à partir desquelles les individus à l'intérieur du groupe ou d'une collectivité peuvent échanger, agir ou communiquer.

Moscovici (1961) insiste aussi largement sur la double caractéristique de la notion de représentation sociale : produit et activité. D'une part, elle est un produit, désigne des contenus, s'organise en thèmes et en discours sur la réalité. D'autre part, elle est aussi une activité mentale, un processus en mouvement d'appropriation de la nouveauté et des objets. Bref, « (...) Elle se définit en premier lieu comme un processus de médiation entre concept et perception » (p. 302). La reprise de certains des termes de cette définition permet ainsi de mieux saisir certaines spécificités des représentations sociales :

- En premier lieu, le terme « *Psychologique* » renvoie à l'idée que les sujets sociaux doivent être pris en compte jusqu'à y compris au niveau individuel puisque ce sont leurs interactions et leurs insertions multiples dans le social qui interviennent sur les contenus, l'organisation et les changements représentationnels;
- Ensuite, le terme « *Connaissance* » renvoie à l'approche cognitive de cette notion : ce qui est partagé socialement, c'est un ensemble de connaissances, d'opinions et de systèmes de valeurs constamment retravaillés par les membres d'un groupe dont on étudiera l'une ou l'autre des représentations;
- Finalement, le terme « *Processus* » indique que les représentations sociales sont en évolution constante, loin de tout fixisme réducteur : les acteurs sociaux sont en constante interaction et même si cela ne se traduit pas par des changements incessants, les représentations qui circulent sont aussi en permanente confrontation et donc dans une dynamique constante de modification ou de transformation.

Par rapport à la notion de « représentation collective » telle que l'employait Durkheim, ce qui apparaît nouveau et spécifique aux représentations sociales définies par Moscovici, c'est l'intervention de l'acteur social : « [*la représentation*] unités d'images, de concepts et de significations ayant trait à un objet s'édifie à la fois comme reflet de celui-ci et comme activité du sujet individuel ou social » (1961, p. 303). En d'autres termes, il s'agit bien d'une pensée de type particulier, construite et partagée par les acteurs sociaux à travers la communication et les rapports sociaux.

Une autre définition proposée par Jodelet (1984*a,b*) qui définit la représentation comme étant à la fois un « processus » et « produit » d'« une forme de connaissance,

socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989, p. 36) permet de bien montrer que ce processus psychosocial auquel réfère Moscovici remplit un certain nombre de fonctions orientées par le sujet individuel ou social quel que soit le plan sur lequel elles se situent : communications, interactions et pratiques de tous ordres liées à l'objet de représentation. Dans le cadre de la présente étude, c'est cette forme de connaissance socialement élaborée et partagée par les différents groupes d'intervenants du milieu scolaire à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante que nous voulons mieux comprendre, décrire et analyser dans le cadre particulier de l'école primaire. Dans leur quotidien et à travers leurs modes de communication et leurs activités professionnelles, ces groupes participent à la construction des représentations sociales et en même temps s'inscrivent dans un contexte social, exprimant à travers ces représentations, les différentes significations que les uns et les autres se font du TDA/H et de la médication psychostimulante, mais aussi le sens qu'ils donnent à leurs manières d'exercer leurs pratiques professionnelles dans le contexte de prise en charge des élèves présentant un TDA/H dans le cadre de l'école. En effet, si l'on admet à la suite de certains auteurs (Conrad, 1976; Doré et Cohen, 1997) que la question du TDA/H et de la médication psychostimulante s'inscrit dans une problématique sociale complexe faisant intervenir non seulement plusieurs groupes d'acteurs, mais aussi différents savoirs ou opinions, parfois convergents, parfois très divergents, à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante, il apparaît donc nécessaire d'examiner comment s'expriment et s'élaborent ces savoirs et opinions dans la dynamique des rapports de communication qui s'établissent entre ces différents groupes d'intervenants scolaires dans la dynamique de l'école. On voit donc ici l'intérêt de recourir à la théorie des représentations sociales dont le but est justement de pouvoir comparer et contraster différents groupes les uns par rapport aux autres (Sauvé et Garnier, 2000; Garnier et coll., 2000a) pour montrer comment se font les ancrages sociaux par rapport à une problématique sociale particulière.

Pour mener une telle investigation, certains éléments jouent un rôle plus important que d'autres et doivent être considérés, notamment, la manière dont s'élaborent et se construisent les représentations sociales à travers les deux processus

fondamentaux développés par Moscovici (1961), soit : les processus d'ancrage et d'objectivation.

2.1.5 Processus d'élaboration des représentations sociales

L'émergence d'une représentation sociale se met en place par la succession de deux processus qui à l'origine ont été développés par Moscovici (1961) et que divers auteurs (Jodelet, 1989; Palmonari et Doise, 1986; Doise, 1992) qui ont travaillé et travaillent encore la notion ne remettent pas en question : il s'agit de l'objectivation et de l'ancrage.

L'objectivation est le processus par lequel le groupe va « naturaliser » un concept abstrait, c'est-à-dire lui faire subir des transformations pour le rendre concret (Moscovici, 1961; Palmonari et Doise, 1986; Rouquette et Rateau, 1998). Ce processus « relève très directement de la pensée sociale qui simplifie les éléments de l'information, concrétise les notions et, pour cela, les résume à grands traits à partir d'une logique qui reste interne au groupe » (Guimelli, 1999, p. 65). Comme les objets qui génèrent des représentations sociales sont complexes, l'objectivation se déroule selon trois moments bien précis et repérables. Dans un premier temps, l'objectivation passe par une sélection et une décontextualisation des informations : la représentation constitue ainsi une reconstruction d'un objet social et son contenu est toujours plus ou moins décalé par rapport à son référent. Il s'agit de « filtres » de l'information des différents codes sociaux et culturels du groupe dans lesquels se mettent en place des processus de sélection des éléments constitutifs de la représentation (Guimelli, 1999). En d'autres termes, le processus d'objectivation se caractérise par une fonction de filtrage de l'information disponible qui s'établit notamment en fonction de critères normatifs : l'information retenue est celle qui est consonante avec les systèmes de valeurs, de pratiques et de croyances du groupe. Ensuite, se forme un modèle, c'est-à-dire le noyau figuratif de la représentation. Ce noyau serait constitué selon Moscovici (1961) par un agencement dialectique comportant d'une part, une condensation des éléments d'information et, d'autre part, une évacuation de ses aspects les plus conflictuels. Dans un second temps, les informations retenues s'organisent en un noyau figuratif : les notions-clés de l'objet sont constituées « d'un ensemble cohérent simple, concret, imagé

et facilement mobilisable avec la culture et les normes sociales ambiantes » (Rouquette et Rateau, 1998). Enfin, un processus de naturalisation vient concrétiser, dans un troisième temps, les éléments figuratifs auxquels sont attribués des propriétés ou des caractères. Le noyau figuratif prend alors selon Guimelli (1999) un statut d'évidence et d'une image de la réalité, devient la réalité même.

L'ancrage complète le processus de l'objectivation. Il correspond à l'enracinement social de la représentation et de son objet dans le système de pensée préexistant (Jodelet, 1997). Le premier aspect de l'ancrage est son utilité sociale (Guimelli, 1999). La représentation fonctionne comme un système d'interprétation qui permet l'élaboration d'un langage commun entre les individus et les groupes à partir d'une représentation sociale partagée leur permettant comme le préconise Moscovici (1961) de communiquer et d'agir entre eux. Ainsi, la construction mentale de l'objet s'opère toujours en référence aux systèmes de croyances et de valeurs qui sont prégnants dans le groupe à un moment donné. Elle correspond selon l'expression de Moscovici, à « rendre familier ce qui est étrange », c'est-à-dire « accrocher quelque chose qui est nouveau à quelque chose qui est ancien ». Son deuxième aspect est la production de sens (Jodelet, 1999). L'ancrage permet l'élaboration de tout un système de significations, c'est-à-dire que l'objet est investi d'une signification par le groupe qui exprime par là son identité sociale et culturelle. La représentation d'un objet par exemple est investie d'une signification commune à l'ensemble d'un groupe donné.

En ancrant les nouveaux éléments dans son système de référence, tout groupe tend à mettre en place une grille d'interprétation plus fine de la réalité à laquelle il est confronté et qu'il a parfois des difficultés à saisir : « la représentation devient un moyen grâce auquel les groupes sociaux ou les individus estiment pouvoir pénétrer le réel et dominer un éventail très vaste de problèmes qui se posent à eux » (Moscovici, 1961, p. 326). Pour intégrer de nouvelles données, les individus ou les membres d'un groupe organisent, classent et rangent ces données dans des cadres de pensée socialement établis. L'ancrage est donc un processus qui permet au groupe d'insérer l'objet de représentation dans des catégories déjà existantes de façon à lui donner un sens et à le rendre familier (Guimelli, 1999). Ainsi, les constituants de la représentation deviennent

un instrument référentiel permettant aux membres d'un même groupe de communiquer dans un langage commun et de créer des catégories interprétatives de la réalité. En cela le processus d'ancrage permet l'émergence de nouvelles objectivations : il « assure le lien entre la fonction cognitive de base de la représentation et sa fonction sociale. De plus, il va fournir à l'objectivation ses éléments imagés, à titre de préconstruits, pour servir à l'élaboration de nouvelles représentations » (Jodelet, 1984, p. 377).

À partir de ces deux processus, on peut donc dire de la représentation sociale qu'elle filtre, sélectionne et traite l'information en la concentrant et la concrétisant. Il s'agit de deux processus qui ne s'effectuent pas de manière indépendante l'un de l'autre. L'objectivation permet de concrétiser les informations par un agencement figuratif et symbolique et l'ancrage permet d'interpréter la réalité. Pour reprendre les termes de Moscovici (1961) : « Si l'objectivation explique comment les éléments représentés s'intègrent en tant que termes de la réalité sociale, l'ancrage permet de comprendre la façon dont ils contribuent à exprimer et à constituer les rapports sociaux ». (p. 318)

Dans le cadre de notre étude, la prise en compte de ces deux processus permettra, à travers le processus d'objectivation, d'examiner comment les éléments de représentations liés au TDA/H et de la médication psychostimulante s'intègrent en tant que termes dans la vie et la dynamique sociale de l'école primaire et des différents groupes d'intervenants et de montrer comment se font les ancrages sociaux par rapport à ces deux objets de représentation. Cependant, pour parvenir à cela, d'autres dimensions sont à considérer, notamment les caractéristiques des représentations sociales et les spécificités de « l'objet » de représentation sociale.

2.2 Les caractéristiques des représentations sociales

À partir des travaux de Moscovici (1961) et des réflexions de plusieurs auteurs (Moliner, Rateau et Cohen-Scali, 2002, Flament et Rouquette, 2003; Garnier et Lévy, 2007; Abric, 1994; Moliner, 1993) trois caractéristiques essentielles et fondatrices des représentations sociales peuvent être dégagées : leur caractère cognitif, leur caractère social (produit d'un collectif) et leur caractère utile et fonctionnel dans le processus de régulation des relations qu'entretiennent les groupes à l'objet.

La **première caractéristique** de la représentation sociale réside dans le fait qu'elle « peut être définie comme un ensemble d'éléments cognitifs liés par des relations, ces éléments et ces relations se trouvant attestés au sein d'un groupe déterminé » (Flament et Rouquette, 2003). Cet ensemble organisé de cognitions relatives à un objet peut renvoyer à des catégories dont le contenu peut prendre diverses formes (éléments informatifs, cognitifs, valeurs, opinions, attitudes) (Jodelet, 1989a), mais cet ensemble d'éléments est toujours organisé et structuré (Abric, 1994b; Flament, 1994; Flament et Rouquette, 2003) de manière à ce qu'il soit possible d'en saisir les relations que les individus établissent entre ces différents éléments (Moliner et coll., 2002).

La **seconde caractéristique** d'une représentation réside dans son mode d'élaboration et de construction : elle est « collectivement produite » à l'occasion d'un processus global de communication (Moliner et coll., 2002) et partagée par les individus d'un même groupe social (Moscovici, 1961; Moliner et coll., 2002; Jodelet, 1989a). Cette construction implique également que pour être sociale, la représentation doit être partagée par les individus d'un même groupe social (Guimelli, 1999; Jodelet, 1989a; Moliner et coll., 2002).

La **troisième spécificité** d'une représentation sociale concerne sa finalité pour appréhender l'objet auquel elle se rapporte, c'est-à-dire qu'elle est « socialement utile » et repose sur le fait qu'elle « concerne des objets investis par les individus d'une utilité ou d'une valeur sociale » ou d'« une importance particulière pour un groupe social spécifique » (Moliner et coll., 2002). En d'autres termes, le processus représentationnel est toujours motivé par le caractère social de l'objet auquel il s'applique. Par définition, la représentation va donc se situer au cœur des interactions sociales qui s'établissent entre les groupes sociaux à propos d'un objet pour se les approprier selon une certaine logique ou selon certains intérêts, ce qui correspond à ce que Doise (1992) définit comme étant « l'ancrage sociologique » d'une représentation sociale (Moliner et coll., 2002).

Cet ancrage sociologique peut donner lieu à la coexistence de plusieurs représentations d'un même objet, comme l'ont montré par exemple certains travaux portant sur les représentations de la maladie mentale chez des étudiants en médecine et en psychologie (Belleli, 1987), les représentations du corps chez des groupes sociaux différents (Jodelet, 1982), ou les représentations des médicaments psychotropes chez les médecins (Garnier et coll., 2000*b*). L'éloignement des représentations d'un même objet peut varier en fonction de la proximité sociale des groupes, de la convergence de leurs intérêts et du type de rapports qui les lient. Les différences interindividuelles d'une représentation témoignent aussi des multiples appartenances sociales que les individus peuvent choisir d'activer (Moliner et coll., 2002). Elles peuvent aussi résulter des multiples expériences que peut générer un même objet. Elles s'expliquent enfin par une différente implication au niveau des pratiques.

Que pouvons-nous conclure de ces quelques réflexions à propos de ces trois caractéristiques des représentations sociales? En premier lieu, elles portent à considérer que toute étude sur les représentations sociales devrait prendre en compte ou du moins être attentive à leur importance. Mais en amont, elles incitent aussi à s'interroger sur les conditions pouvant permettre de décider si un objet de représentation sociale répond à ces différents critères. Cette question de l'objet a d'ailleurs interpellé plusieurs auteurs (Moliner 1993, Moliner et coll., 2002, Flament et Rouquette, 2002; Doise, 1990; Wagner, 1996) dont les travaux apportent un cadre d'analyse tant sur le plan théorique qu'empirique pour déterminer si un objet social est véritablement digne d'intérêt d'un point de vue social (Garnier et Lévy, 2007).

Ces travaux doivent être considérés dans le cadre particulier de cette étude étant donné que c'est justement la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante appréhendées comme des objets de représentations sociales, c'est-à-dire comme des « objets sociaux » (Moliner, 1993) investis d'une valeur sociale (Moliner et coll., 2002) que nous voulons mieux décrire, comprendre et analyser.

2.2.1 Les spécificités de « l'objet de représentation sociale »

Les études qui sont généralement réalisées sur les représentations sociales le sont, comme nous le rappellent à juste titre Garnier et Lévy (2007), à partir de la formule consacrée par Jodelet (Jodelet 1984a) selon laquelle la représentation est toujours « représentation d'un objet ». S'il ne peut y avoir de représentation sans objet selon Jodelet (1989a) ce postulat ne peut toutefois écarter la possibilité « qu'il peut y avoir des objets sans représentation » (Moliner et coll., 2002). À la suite des propos de ces auteurs, la question qui doit être posée est de savoir sous quelles conditions un objet social peut-il être considéré comme un objet de représentation sociale.

Ce questionnement n'est pas nouveau et déjà Moscovici (1961) dans son étude *princeps* proposait trois conditions pouvant orienter dans un sens ou dans l'autre l'émergence d'une représentation :

- *La dispersion de l'information* sous-tend qu'un objet social est complexe et difficile à appréhender entièrement. Selon Moscovici, les informations qui sont disponibles par rapport à un objet de connaissance particulier sont à la fois insuffisantes ou lacunaires et surabondantes. De ce fait, les connaissances que l'on peut acquérir à son sujet sont nécessairement soumises à des distorsions des informations disponibles, rendant ainsi possible le phénomène de représentation de l'objet.
- *La condition de focalisation*, complémentaire à la condition précédente, implique l'importance que tel groupe développera un intérêt spécifique pour certains de ses aspects et pas pour d'autres. L'histoire propre à chaque groupe fait que les centres d'intérêt sont particulièrement variables. De ce fait, les groupes vont se situer de façon très diverse par rapport à un même objet. Celui-ci sera donc appréhendé de manière sélective, en fonction des perspectives qu'il présente et de ce qui est conforme aux attentes, aux orientations ou aux intérêts du groupe.
- *La pression à l'inférence* concerne la condition sociale qui intervient dans la construction mentale de l'objet et plus précisément les discours et les actions relatives à un objet social difficile à cerner, qui rendent quasi obligatoires les inférences sur ses aspects inconnus. C'est ce qui expliquerait nos adhésions parfois surprenantes à l'opinion dominante.

Si, pour plusieurs auteurs (Moliner, 1993; Moliner et coll., 2002; Flament et Rouquette, 2003; Rouquette et Rateau, 1998; Bonardi et Rousseau, 1999), ces trois conditions sont nécessaires, elles s'avèrent toutefois insuffisantes pour juger de la pertinence sociale de l'objet. C'est pourquoi Moliner et coll., (2002) à la suite des travaux déjà entrepris par Moliner (1993), proposent cinq critères essentiels, présentés dans la prochaine section, pouvant permettre une définition rigoureuse : les spécificités de l'objet, les caractéristiques du groupe, les enjeux, la dynamique sociale et l'absence d'orthodoxie. Cet examen fournira les données à partir desquelles nous examinerons comment ces mêmes critères s'appliquent (ou non) au cadre particulier de l'objet de la présente étude, à savoir s'il relève véritablement d'un objet de représentation sociale.

2.2.2 Application à l'étude des critères de pertinence de l'objet de représentation : le cas particulier du TDA/H et de la médication psychostimulante

Le premier critère proposé par Moliner (1993) et Moliner et coll., (2002) concerne les **spécificités de l'objet**. Pour qu'il y ait représentation, il faut que ce à quoi elle se rapporte soit une classe de phénomènes, d'événements ou d'idées, définie de différentes façons par les acteurs et les groupes. Moliner (1993) parle ainsi « d'objets polymorphes », c'est-à-dire « (...) des objets qui peuvent apparaître sous différentes formes dans la société (...) » (p. 36). Ces objets de représentations peuvent apparaître sous diverses formes (Moliner et coll., 2002) et à propos de différentes problématiques sociales. Par exemple, des études portant sur la santé, la maladie ou le médicament (Garnier, 2005; Garnier et Lévy, 2007) répondent entièrement à cette première condition et peuvent être considérées comme de véritables « objets sociaux polymorphes ». Mais, pour être objet de représentation, cet objet doit aussi être un « objet important » et digne d'un intérêt social (Moliner et coll., 2002).

Par rapport à l'objet qui nous concerne, il ne fait aucun doute que les objets « TDA/H » et « médication psychostimulante » sont par leur apparente diversité, des objets complexes et polymorphes. D'une part, parce qu'ils font intervenir une diversité de groupes d'intervenants variés (direction d'école, enseignants, intervenants psychosociaux et professionnels de la santé), d'autre part parce que ces différents groupes proviennent de champs disciplinaires et professionnels également très variés

(éducation, psychologie, orthopédagogie, orthophonie, psychopédagogie, etc.). On peut donc faire l'hypothèse que le « TDA/H » et « la médication psychostimulante » sont des objets polymorphes où le pluralisme domine qu'il s'agisse de la diversité des groupes d'intervenants concernés ou des activités professionnelles faisant intervenir des savoirs disciplinaires ou professionnels d'origine très différente.

Moliner et coll., (2002) insistent également sur l'importance de considérer les **enjeux** constitués par « l'objet » dans le **groupe**, autre critère nécessaire et fondamental au processus représentationnel. Supposer l'existence de la représentation d'un objet, c'est d'abord poser l'existence d'un groupe social donné dont les individus communiquent entre eux régulièrement et situés en position d'interaction avec l'objet de représentation. C'est aussi supposer, comme nous avons pu le montrer plus tôt, que ces groupes communiquent entre eux à propos des objets investis par les individus d'une utilité, d'une valeur sociale ou d'une importance particulière. Or, si l'objet de représentation est important pour les membres du groupe, c'est qu'il est porteur « d'un enjeu » (Moliner et coll., 2002). Cette question de l'enjeu se pose essentiellement, selon Moliner (1993), en termes de fondation, de maintien ou de renforcement de l'identité psychosociale (enjeu identitaire) d'une part, à la pérennité de la cohésion sociale, d'autre part.

Le premier cas (enjeu identitaire) renvoie à ce qu'il appelle une « *configuration structurelle* » pour laquelle c'est l'objet qui a fondé le groupe. C'est d'une certaine manière parce que l'objet est au cœur du groupe qu'il fonde sa survie en contribuant à l'identité de son groupe. Le groupe s'organise autour d'une convergence d'objectifs individuels directement liés à l'objet de représentation visant la maîtrise de cet objet ainsi que la définition du rôle et de la place du groupe dans l'organisation sociale. Par exemple, l'étude de Bellelli (1987) (*citée dans Moliner et coll., 2002*) est un bon exemple de ce type de configuration en montrant comment des groupes d'étudiants en psychologie, en médecine et en soins infirmiers psychiatriques tirent leur spécificités identitaires du statut qu'ils attribuent au traitement de la maladie mentale. C'est parce que ces différents groupes interagissent à propos de cet objet, la maladie mentale, qu'ils manifestent le besoin de se l'approprier en préservant leur identité professionnelle.

Le second cas (enjeux de cohésion sociale), le groupe s'organise, toujours selon Moliner (1993), autour d'objets étrangers à l'objet. Ce type de groupe se caractérise par le fait qu'il ne s'organise pas autour d'objectifs communs relatifs à l'objet de représentation, mais plutôt autour d'une relation n'impliquant pas de véritables échanges entre les individus. Cette relation n'implique pas nécessairement l'existence de communication interindividuelle à propos de l'objet, c'est pourquoi, ce type de groupe ne permettrait pas l'apparition du processus représentationnel. Dans ce cas de figure « l'enjeu constitué par l'objet met un groupe préexistant en présence d'un objet étranger à ses objectifs » c'est-à-dire que les membres de ce type d'ensemble sont alors « confrontés à des objets nouveaux ou problématiques » (p. 39, Moliner, 1993).

La question des enjeux se pose donc en termes d'identité ou de cohésion sociale. L'enjeu d'identité passe par le maintien de l'identité psychosociale des individus qui le composent. Chaque individu qui définit son identité propre en fonction des représentations de son groupe renforce un peu l'affirmation de l'existence de ce groupe. Le type d'enjeu est ainsi déterminé en fonction d'une place particulière qu'occupe l'objet dans le groupe social. En d'autres termes, la notion d'enjeu ne peut se comprendre que si l'on envisage la question de la dynamique sociale et des relations que le groupe entretient avec d'autres groupes sociaux (Moliner et coll., 2002).

Il semble bien dans le cas qui nous préoccupe, que l'objet d'étude répond bien à ces différents critères, soit ceux liés au groupe, ceux liés aux enjeux et à la dynamique sociale. En effet, la question du TDA/H et de la médication psychostimulante fait intervenir plusieurs groupes d'intervenants en interaction qui ont à communiquer entre eux régulièrement (réunions d'équipes multidisciplinaires, discussions de cas, rencontres informelles entre enseignants, etc.) lorsqu'il s'agit, par exemple, d'échanger des informations à propos des élèves qui présentent un TDA/H, planifier des évaluations (psychosociales ou autres) ou mettre en place un plan d'intervention approprié aux besoins de ces élèves. Ainsi, non seulement les enseignants ont à communiquer entre eux à propos de ces élèves mais aussi avec les autres intervenants concernés, comme la direction de l'école et les intervenants psychosociaux de l'école lorsqu'il s'agit de mettre en place un plan d'intervention ou pour faire le suivi de la médication. En cela,

on peut donc dire que les objets « TDA/H » et « médication » répondent aux critères proposés.

En ce qui concerne la question de l'enjeu, les travaux de plusieurs chercheurs (Cohen et coll., 1999, Paradis, 1999) que nous avons eu l'occasion de présenter dans le chapitre précédent montrent à plusieurs égards que le processus de prise en charge du TDA/H dans le milieu scolaire s'inscrit dans une dynamique sociale complexe où « l'enjeu » de la médication est souvent présent dès qu'un enfant est pour la première fois identifié ou dépisté dans le milieu scolaire. Or, cette situation soulève non seulement tout le problème de l'augmentation du taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de la consommation de psychostimulants chez les jeunes d'âge scolaire, mais aussi celui du rôle et de la responsabilité de « l'école » et des intervenants scolaires par rapport à ce phénomène particulier. À ce titre, on peut donc penser que cette situation particulière constitue un véritable enjeu « de type identitaire » pour les différents groupes d'intervenants dans la mesure où il s'agit de la « crédibilité » de l'école et des « rôles professionnels » qui sont aussi questionnés et dans une certaine mesure, remis en cause. Toutefois, la question de savoir comment est géré ou négocié cet « enjeu » par les différents groupes d'intervenants paraît plus difficile, voire presque impossible à répondre. En effet, il n'existe aucune étude, à notre connaissance, qui se soit penchée sur cette question. Certaines données de la littérature conduisent toutefois à penser que les problèmes rencontrés par les enseignants pour composer avec des élèves présentant un TDA/H ou des comportements déviants ou inadaptés au sein des classes (Cohen et coll., (1999), Vincent, 1995b) pourraient bien constituer un enjeu important à considérer dans la mesure où il s'agit bien de la responsabilité des enseignants qui sont généralement remis en question contrairement aux autres intervenants de l'école.

Après avoir précisé les spécificités de l'objet, du groupe, les critères d'enjeux et ceux relatifs à la dynamique sociale, Moliner et coll., (2002) se penchent finalement sur le cas des objets dépendants de l'orthodoxie. Une des conditions pour décider qu'un objet puisse être objet de représentation sociale est que le groupe ne soit pas un système orthodoxe (Deconchy, 1984), c'est-à-dire soumis à des instances régulatrices et de contrôle qui favorisent l'élaboration idéologique ou scientifique en s'opposant à la

dispersion de l'information nécessaire au fondement du processus d'objectivation. Dans un tel système, « les connaissances ne sont pas élaborées collectivement puisque des instances régulatrices contrôlent la diffusion et la validité des informations relatives à l'objet » (Moliner et coll., 2002, p. 31). Ils illustrent cette position en se demandant si par exemple, il peut y avoir une représentation sociale du médicament chez le pharmacien ou une représentation sociale de la loi chez les juges, ceux-ci relevant d'instances régulatrices (ordres professionnels et système juridique) qui contrôlent la diffusion et la validité des informations relatives à ces objets.

Par ailleurs, ce critère de l'orthodoxie, en posant fondamentalement le problème des liens pouvant s'établir entre systèmes idéologiques et représentations sociales, a retenu l'attention de certains chercheurs (Doise, 1982; Rouquette, 1996, 1998; Flament et Rouquette, 2003) qui le remettent en question en offrant un point de vue différent. Par exemple, Doise (1992) estime « qu'il n'y a pas lieu d'accentuer la séparation entre représentations sociales et autres formes apparemment plus générales de savoir, notamment savoirs idéologiques et scientifiques; les représentations sociales interviennent de multiples façons dans l'élaboration de ces savoirs et peuvent se confondre avec eux ». En accord avec ce que propose Doise, nous croyons que le secteur professionnel que nous avons choisi d'étudier, soit l'école primaire, permet la circulation de représentations sociales, car nous ne croyons pas pouvoir lui attribuer les particularités de l'orthodoxie. Au contraire, le cadre scolaire dans lequel les intervenants organisent leurs représentations tient toujours de codes qui précèdent les activités professionnelles et l'on peut penser en cela que les interactions qui s'établissent entre les différents intervenants et à travers leurs formations et expériences professionnelles différentes contribuent à élaborer cette objectivation et ancrage des systèmes de codes proposés par les instances régulatrices. De plus, si certains de ces codes sont bien sûr incontournables, ils peuvent également conduire à des adaptations contextuelles suivant les situations. Ainsi, la position des enseignants et, de façon plus générale, celle des autres intervenants de l'école, s'oppose généralement à une attitude qui consiste à demander que la pensée, les conduites ou les pratiques professionnelles soient réglées par le groupe. L'institution (l'école) a intégré cette demande et ses instances de contrôle n'interviennent pas pour ramener les acteurs à un type d'activité univoque. Elle vérifie

toutefois que celles-ci ne sont pas en contradiction, avec ce qui paraît soit dans les programmes du ministère de l'Éducation, soit dans les normes établies par la commission scolaire ou dictées par les ordres professionnels qui régissent les pratiques professionnelles. Les enseignants, les directeurs d'école, les intervenants psychosociaux, etc. auraient donc, dans ce cadre, une réelle autonomie d'action et une véritable potentialité représentationnelle.

Au terme de cette présentation des critères de pertinence des objets de représentation, on peut donc dire que les objets « TDA/H » et « médication psychostimulante » sont des objets complexes, polymorphes et porteurs d'enjeux pour les différents groupes d'intervenants de l'école et, à ce titre, on peut donc affirmer qu'il s'agit bien d'objets de représentations sociales. Par ailleurs, d'autres dimensions sont à considérer et qui n'ont pas encore été abordées, notamment celles relatives au contexte de l'école dans lequel les groupes d'intervenants fonctionnent. En effet, rappelons que non seulement l'intention est d'analyser les représentations que se font les différents groupes d'intervenants du TDA/H et de la médication psychostimulante mais celle aussi d'étudier les représentations que se font ces mêmes groupes d'intervenants des conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent leurs activités professionnelles. On retrouve d'ailleurs cette idée de l'importance du contexte chez plusieurs auteurs dans la théorie des représentations sociales (Wagner, 1991; Palmorari, 1986) dont certains s'inscrivent plus particulièrement dans le champ des activités professionnelles (Lorenzi-Cioldi, 1991; Guimelli et Jacobi, 1999; Aubrée et Raspad, 1986; Morin, 1989; Guimelli et Jacobi, 1990) et des représentations professionnelles (Piasser, 1999; Bataille et coll., 1997). Dans la partie suivante, nous tenterons de resituer, dans un premier temps, le cadre et la dynamique qui ont guidé ces travaux, pour ensuite tenter d'en dégager les principaux éléments théoriques pouvant servir de point d'ancrage à l'étude. Dans un deuxième temps, nous tenterons d'examiner comment peuvent se traduire les concepts d'« objet », de « groupe professionnel » et de « contexte professionnel » à partir de ces différentes propositions en vue de préciser le cadre théorique et le modèle d'analyse.

2.3 Les représentations sociales étudiées dans le champ d'études des activités professionnelles

Les travaux de plusieurs chercheurs réalisés dans le champ d'études des représentations sociales ont conduit à considérer les représentations activées dans le champ des activités professionnelles comme étant des représentations sociales construites et partagées dans des groupes, au sein d'un contexte de travail.

Ces travaux ont d'ailleurs donné lieu au développement de tout un courant de recherche visant à considérer le champ des activités professionnelles comme étant une aire « *problématique autonome* » (Palmonari, 1986) pouvant générer une catégorie ou une famille particulière de représentations sociales, c'est-à-dire des « *représentations professionnelles* » (Lorenzi-Cioldi, 1991, Guimelli et Jacobi, 1999; Monteil, 1991; Bataille et coll., 1997; Piaser, 1999, Blin, 1997) dont la spécificité dépend de la nature sociale des sujets et des caractéristiques de la situation d'interaction.

Tout comme les représentations sociales, les représentations professionnelles prennent leur sens lorsqu'on tient compte des insertions des individus dans les champs professionnels et des valeurs et pratiques associées à ces insertions (Blin, 1997). Il s'agit donc d'une configuration particulière de représentations sociales, si l'on accepte comme le mentionne Abric (1994) qu'elle est :

.... une vision du monde fonctionnelle qui permet à l'individu ou au groupe de donner sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place (Abric, 1994a, p. 13).

Cette définition proposée par Abric constitue le cadre général à partir duquel a pu être contextualisée la notion de représentations professionnelles dans le cadre des activités professionnelles, notamment avec la définition proposée par Piaser (1999). Ainsi, les représentations professionnelles sont :

.... des représentations sociales portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique et partagées par les membres de la profession. En se situant conjointement sur le versant du produit et sur celui du processus, elles constituent un élément de référence permanent grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de positions, etc. (Piaser, 1999, p. 101).

On peut donc retenir de cette définition que les représentations professionnelles sont toujours spécifiques à un groupe professionnel donné par « la nature des objets qui les génère », mais aussi par le contexte professionnel qui leur donne sens et qu'elles signifient en retour. De ce fait, on peut s'attendre à l'intérieur d'un même champ professionnel, que des groupes sociaux définis par des pratiques, des rôles et des statuts professionnels différents aient des objets professionnels différents. Cela n'empêche pas comme le mentionne également Blin (1997), que certains des éléments des représentations soient partagés, du fait de l'identité collective de la population et que d'autres éléments soient distincts par suite de l'identité propre à chaque groupe. Confrontés à certains enfants hyperactifs qui perturbent la classe et que les enseignants ont à gérer tous les jours dans le fonctionnement de la classe, constitue une situation particulière à ce groupe contrairement aux autres intervenants de l'école, donc un élément important de leur pratique professionnelle. De ce fait, on pourrait donc penser que le groupe d'enseignants élabore et construit une représentation de la situation spécifique et particulière à leur rôle professionnel dans le contexte de leurs activités professionnelles.

On retrouve aussi cette idée d'interconnexion entre les concepts « objet », « groupes professionnels » et « contexte professionnel » chez Bataille et coll., (1997) dont les travaux ont été réalisés en vue de développer un modèle d'analyse théorique et systémique des représentations et des activités professionnelles. Selon ces auteurs, les représentations professionnelles sont élaborées dans l'action et la communication professionnelles et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes particuliers et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles. Plus précisément, elles

... se sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelle qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ. (Bataille et coll., 1997, p. 63).

Définies ainsi, les représentations professionnelles peuvent être considérées comme « des configurations particulières de représentations sociales » (Piasser, 1999)

parce qu'elles sont d'une part, élaborées dans l'action et la communication professionnelles et parce qu'elles sont également spécifiées, d'autre part, par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles.

Mais ces activités professionnelles étant complexes, Bataille et coll., (1997) proposent d'en saisir les différentes composantes à travers un modèle professionnel systémique pouvant permettre de décrire, de comprendre et d'expliquer les relations qui les unissent dans les conditions réelles d'exercice de ces activités. Ce modèle correspond à un agencement ordonné et cohérent des savoirs impliqués et partagés dans les groupes (les représentations), des interactions entre groupes se construisant leurs propres règles (identités professionnelles), des styles d'intervention propres à chaque groupe (les pratiques) et des conditions réelles d'exercice des activités professionnelles (le contexte).

Ainsi, on peut donc retenir à la suite de ces auteurs que les représentations professionnelles sont largement signifiées par le contexte professionnel dans lequel les représentations des objets professionnels sont construits, élaborés et partagés par des groupes en interaction. Examinons maintenant comment peuvent se traduire ces différents éléments dans le cadre de la présente étude.

2.4 Application des concepts de « contexte professionnel », d'« objet professionnel » et de « groupes professionnels » à l'étude

Si, comme le souligne Grize, Vergès et Silem (1987), « les représentations professionnelles sont fortement contextualisées », celui qui s'exprime le fait généralement à partir de son entreprise, de son travail, mais il s'agit plus d'un vécu groupal qu'individuel. Cette affirmation ne peut écarter la double vocation de la fonction de notion de représentation sociale telle que définie à l'origine par Moscovici (1961), c'est-à-dire « *une fonction d'adaptation à l'environnement et une fonction de communication* ». Ces deux fonctions essentielles impliquent que soient spécifiées les représentations comme le souligne Blin (1997) dans le contexte de leur mobilisation dans l'action et la communication.

Cette prise en compte du contexte revêt un intérêt majeur pour une problématique centrée sur les activités professionnelles des intervenants du milieu scolaire car c'est justement cette question du contexte dans le cadre particulier de l'école que nous voulons mieux comprendre et analyser en tenant compte des activités professionnelles des différents groupes qui y prennent place et dont les rôles et les niveaux d'engagement, notamment pour le groupe des enseignants, sont tout à fait différents. En cela, on peut donc dire que les représentations des enseignants sont probablement spécifiques à leur groupe professionnel et qu'elles sont doublement circonscrites comme le propose Piaser (1999), par la nature même des objets qui les génèrent et par la nature de leurs activités au sein de l'école.

Ces quelques réflexions ne peuvent occulter le fait que les représentations professionnelles sont toujours spécifiques à un contexte professionnel qui leur donne sens, mais aussi qu'à l'intérieur d'un même champ professionnel, des groupes sociaux définis par des pratiques et des statuts professionnels différents peuvent également avoir des représentations différentes des objets professionnels (Blin, 1997).

Mais pour que les enseignants et les autres groupes d'intervenants de l'école puissent agir et communiquer dans leurs situations professionnelles, il leur faut des matériaux, c'est-à-dire des « objets » spécifiant le contexte dans lequel ils fonctionnent. Ces objets de représentation dans le secteur des activités professionnelles se présentent généralement sous différentes formes (déterminées par la diversité des savoirs ou des connaissances qu'elles mobilisent, des diverses pratiques dans l'exécution des tâches, ou en fonction des rôles professionnels) (Piaser, 1999; Bataille et coll., 1997). De ce point de vue, la nature de ces objets répond entièrement à la condition nécessaire du polymorphisme des objets proposés par Moliner (1993), c'est-à-dire que par définition les objets professionnels sont des objets complexes et polymorphes. Dans le cas qui nous concerne, nous avons déjà pu constater que les objets « TDA/H » et la « médication psychostimulante » répondent également à cette condition pour deux raisons bien précises que nous rappelons brièvement :

- D'une part, les objets professionnels appartiennent à des catégories que les différents groupes d'intervenants ont structurées au fur et à mesure dans leurs pratiques et leurs modes d'interaction (par exemple, lors de rencontres formelles ou informelles, de réunions d'équipe, etc.) et en cela, on peut dire qu'ils sont des objets sociaux partagés et construits par les membres du groupe.
- D'autre part, ces objets sont complexes et polymorphes parce qu'ils font intervenir une diversité de groupes professionnels (direction d'école, enseignants, intervenants psychosociaux et de la santé). Ces différents groupes proviennent de champs disciplinaires et professionnels très variés faisant intervenir des domaines de savoirs et de connaissances d'origines très différentes (éducation, psychologie, orthopédagogie, orthophonie, psychopédagogie, etc.) ainsi que des pratiques très différentes.

À travers cette diversité de groupes de professionnels et d'activités professionnelles, il semble bien que le groupe des enseignants, par la nature même de leurs tâches et de leurs activités, constitue un groupe fortement cohésif avec une mission commune contrairement aux autres intervenants qui ont à assurer des tâches d'un autre ordre. Cette particularité des enseignants conduit forcément à s'interroger sur le niveau d'engagement et d'implication de ce groupe défini par rapport aux autres groupes d'intervenants.

Le niveau d'engagement et d'implication professionnelle (Bataille et coll., (1997), peut en effet varier, selon Bataille et coll., (1997) en fonction des statuts, des rôles ou des « identités professionnelles » des individus dans leurs groupes professionnels respectifs. Cette question d'engagement et d'implication qui est d'ailleurs très proche de la notion « d'enjeu identitaire » de Moliner (1993) se pose essentiellement en termes de fondation, de maintien ou de renforcement de l'identité psychosociale. En d'autres termes, la question qui se pose est de savoir si les différents groupes d'intervenants dans le processus de prise en charge et le suivi des enfants qui présentent des symptômes associés à un TDA/H ont le même niveau d'engagement et d'implication auprès de ces élèves. En d'autres termes, est-ce que le fait d'avoir à

transiger tous les jours avec des élèves qui perturbent le fonctionnement de la classe pourrait être une raison suffisante pour affirmer que le groupe d'enseignants a un niveau d'engagement différent de celui des autres intervenants de l'école qui ont généralement à intervenir de façon plus ponctuelle et en fonction des besoins (demande d'évaluation ou d'intervention, par exemple). Cette question est fondamentale par rapport à l'étude que nous voulons mener et devrait permettre de mieux comprendre les représentations que se font les enseignants et les autres groupes d'intervenants de l'école des conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent leurs pratiques professionnelles.

Une telle investigation implique, d'une part, d'analyser les représentations que font les enseignants contrairement aux autres intervenants de la situation et d'examiner, d'autre part, comment s'expriment (le contenu de la représentation) et s'articulent (les modes d'organisation et de structuration) ces représentations suivant les groupes. Pour cela, deux approches qui ont marqué le champ théorique des représentations sociales au cours des années doivent maintenant être considérées afin de préciser la démarche et le modèle d'analyse.

2.5 Modalités d'appréhension du fonctionnement de la représentation sociale : une double approche

Deux orientations de recherche, non exclusives l'une de l'autre, concernant les modalités d'appréhension et de fonctionnement d'une représentation sociale peuvent être envisagées dans le cadre de cette étude : l'approche structurale et la perspective des « principes générateurs de prises de position ».

La première s'attache à dégager les structures élémentaires autour desquelles se cristallisent les systèmes de représentation (Jodelet, 1989a). La théorie dite « du noyau central », développée par Abric (1976), en est le modèle dominant. L'examen des propriétés structurales de la représentation sociale caractérise cette approche.

La seconde permet de dégager les constituants des représentations (images, informations, croyances, valeurs, opinions, éléments culturels, idéologiques, etc.). Elle correspond à une analyse dimensionnelle « complétée par la recherche de principe de cohérence structurant les champs de la représentation : organisateurs socioculturels,

attitudes, modèles normatifs ou encore schèmes cognitifs » (Jodelet, 1989a). Il s'agit de l'approche des principes organisateurs de prise de position développée par Doise (1990, 1992).

Ces deux orientations ont largement évolué au cours des dernières années jusqu'à constituer de véritables courants de recherche au niveau de leurs approches méthodologiques et de leurs orientations théoriques.

2.5.1 L'approche structurale : la théorie du noyau central

La première perspective est celle développée dès 1976 par Jean-Claude Abric et reprise depuis par de nombreux chercheurs (Moliner, 1987; Guimelli, 1988, Flament, 1989, Rouquette 1994). Les travaux réalisés par ces différents chercheurs se sont montrés très heuristiques pour approcher, généralement de manière expérimentale, les représentations sociales et mettre en évidence leur élément majeur : le noyau central.

Cette approche cherche à déterminer l'organisation spécifique des représentations sociales en s'intéressant à la façon dont les éléments constitutifs de la représentation d'un objet sont articulés entre eux. Le terme de noyau central (ou noyau structurant) émerge de la notion de noyau figuratif de Moscovici (1961). Abric (1994b) a développé l'idée d'une « organisation signifiante » à l'œuvre dans toute représentation sociale pour montrer que les éléments sont hiérarchiquement structurés. La représentation sociale est donc « organisée autour d'un noyau central constitué d'un ou plusieurs éléments qui donnent à la représentation sa signification ». Ce noyau central constitue ainsi l'élément fondamental de la représentation, car c'est lui qui détermine, à la fois, sa signification et son organisation interne.

Ce noyau central sera un sous-ensemble de la représentation, composé d'un ou de quelques éléments dont l'absence déstructurerait la représentation ou lui donnerait une signification complètement différente. (Abric, 1994, p. 73)

Au noyau central, sont associés des « éléments périphériques » constituant l'essentiel du contenu de la représentation. Ces éléments constituent, toujours selon Abric (1994b), « l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation » : ils permettent des modulations personnelles

vis-à-vis d'un noyau essentiellement social. Situés à l'interface entre le noyau central et la situation concrète, ces éléments divisent les individus, reflétant la grande variété des contextes dans lesquels ceux-ci s'inscrivent. Ils agissent comme « prescripteurs de pratiques ». Beaucoup plus souples que le système central de la représentation, ils permettent : « des modulations personnelles vis-à-vis d'un noyau central commun, générant des représentations sociales individualisées » (Abric, 1994). Ils facilitent aussi l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte, protégeant le noyau de la représentation :

C'est l'existence de ce double système qui permet de comprendre une des caractéristiques essentielles des représentations sociales qui pourraient apparaître comme contradictoires: elles sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples. Stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagé par les membres du groupe, mouvantes et souples parce que nourries des expériences individuelles, elles intègrent les données du vécu et de la situation spécifique, et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus ou les groupes. (Abric, 1994*b*, p. 29)

En résumé, la perspective théorique du noyau central permet d'analyser les modes d'organisation et de structuration des représentations sociales selon une double approche à la fois descriptive et interprétative, c'est-à-dire impliquant le repérage du contenu de la représentation, l'étude des relations entre éléments et de leur importance. Cette approche s'est avérée très heuristique pour mettre à jour un ensemble de représentations sociales, la structure qui les composait et les mécanismes qui s'y déroulaient : la dimension structurale de la théorie, la façon méthodique avec lesquelles les diverses dimensions constitutives des phénomènes étudiés sont examinées permettent un éclairage précis de tous les constituants. Dans le cadre de cette étude, elle servira d'inspiration pour mettre en évidence le contenu et le mode d'organisation des représentations sociales sans toutefois retenir la théorie du noyau central.

2.5.2 Les principes générateurs de prise de position

À partir des travaux de Moscovici (1961) et de Bourdieu (1977), Doise définit les représentations sociales comme « des principes organisateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques ou individuelles dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports » (Doise, 1986,

p. 85). Comme Moscovici, Doise (1990, 1992) rejette la conception consensuelle des représentations sociales. Des principes organisateurs différents seraient activés en fonction des différents contextes sociaux.

En s'intéressant à la situation des individus dans l'espace social, Doise a repris l'idée de la sociologie de Bourdieu (1977) de « principe générateur de prise de position dans un champ de principes générateurs institutionnalisés de prises de position ». Pour Doise (1986), les principes générateurs, appelés aussi principes organisateurs, sont des métasystèmes susceptibles de réguler les rapports sociaux. En tenant compte des rapports de communication qui président à l'élaboration des représentations sociales et des insertions des acteurs dans des contextes sociaux particuliers, cette approche permet d'expliquer la variété des expressions individuelles d'une représentation sociale par la pluralité des processus qui interviennent au cours de l'élaboration des prises de position d'un sujet, celles-ci étant fonction de la spécificité du champ social dans lequel le sujet est inséré. Par ces principes organisateurs, le contenu de la représentation peut être traité comme un champ structuré où l'ensemble des constituants cognitifs (informations) et sociocognitives (valeurs, croyances, opinions...) de la représentation s'organise en champ structuré (correspondant au champ de la représentation) par des organisateurs socioculturels (normes, codes liés à la position sociale), des individus dans le groupe (attitudes, schèmes cognitifs, etc.) (Doise, 1992).

Les principes organisateurs de prise de position permettent ainsi d'établir les modes d'organisation et de structuration de la représentation sociale tout en laissant la place aux insertions spécifiques des prises de positions individuelles. Il s'agit donc de chercher un sens pour l'organisation des contenus, sens qui se réfère aux significations régissant les relations symboliques entre les acteurs sociaux. Les principes organisateurs rendent compte de cette diversité et montrent également que la représentation sociale est générée et structurée par des manières de voir, des normes de pensée générales et spécifiques (Clémence, 2003).

Dans le cadre de notre étude, la perspective développée par Doise permettra d'analyser les prises de position des enseignants et des autres intervenants de l'école

primaire par rapport au TDA/H et de la médication psychostimulante. Elle permettra également de déterminer les principes organisateurs spécifiques qui règlent et organisent le champ spécifique de ces objets de représentation.

À partir des principes théoriques proposés dans l'approche des principes générateurs de prise de position développée par Doise et nous inspirant de ceux qui sont proposés dans l'approche structurale, les objectifs de recherche peuvent maintenant être proposés.

2.6 Les objectifs de recherche

L'objectif général de cette étude, en nous appuyant sur le cadre théorique des représentations sociales et de la perspective théorique développée dans le champ des activités professionnelles, est de décrire, comprendre et analyser les représentations que se font les intervenants du milieu scolaire du TDA/H et de la médication psychostimulante. Il est en plus d'analyser les représentations que se font les intervenants des conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent leurs pratiques professionnelles dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H dans le contexte scolaire. L'intention est finalement de mettre en évidence le contenu et les modes de structuration de ces représentations. Une telle investigation conduit à formuler trois objectifs spécifiques : les deux premiers portent sur le contenu des représentations et le troisième sur le mode de structuration de ces représentations.

Les objectifs spécifiques de l'étude :

- 1) Mettre en évidence les représentations que se font les enseignants par rapport aux autres intervenants de l'école primaire (direction d'école, psychologues, psychoéducateurs, infirmières, orthopédagogues, etc.) du TDA/H et de la médication psychostimulante.
- 2) Étudier les représentations que se font les enseignants par rapport aux autres intervenants de l'école des conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent leurs pratiques professionnelles liées au TDA/H et à la médication psychostimulante.

- 3) Analyser comment s'organisent et se structurent les représentations que se font les enseignants par rapport aux autres intervenants de l'école des conditions du contexte dans lesquelles s'actualisent leurs pratiques professionnelles liées au TDA/H et à la médication psychostimulante.

CHAPITRE III

Méthodologie

3.1 L'approche méthodologique

Pour atteindre les objectifs poursuivis dans le cadre de cette étude, l'approche qui a été privilégiée est une étude de cas unique que nous avons réalisée dans un cadre géographiquement et institutionnellement circonscrit, c'est-à-dire dans une école primaire située dans la région du sud-ouest de Montréal. L'approche que nous avons privilégiée s'inspire de l'étude qu'a menée Jodelet (1989b) à la fin des années 80 sur la représentation sociale de la maladie mentale dans une communauté thérapeutique réalisée à l'aide d'une approche monographique. Directement inspiré des approches ethnographiques développées dans le champ de l'anthropologie, l'intérêt de cette approche réside dans le fait qu'elle permet d'étudier une représentation sociale en la référant directement à son contexte, et en cela, on peut dire, à la suite de Abric (1994a), qu'elle constitue « la voie royale pour l'étude des représentations sociales ».

Ce choix méthodologique (du recueil comme d'analyse des données) ne s'inscrit pas dans un vacuum. Il repose en premier lieu sur la problématique que pose le TDA/H dans le milieu scolaire, mais il est aussi fondamentalement guidé par le cadre théorique et les méthodologies qui sous-tendent le champ d'études des représentations sociales. Ainsi, deux raisons, l'une théorique, l'autre méthodologique, justifient ce choix.

Sur le plan théorique : nous avons déjà eu l'occasion de montrer dans le chapitre précédent que l'idée spécifique au concept de représentation sociale est que ce mode de connaissance particulier « de *sens* commun » (Jodelet, 1989a) réside dans le caractère social des processus sociaux qui le produisent. Ainsi, lorsqu'on parle d'un objet de représentation sociale, on parle toujours, selon Moscovici (1961) de représentations « collectivement produites et engendrées » par un ensemble d'individus ou d'un groupe social donné qui communique entre eux et situé en position d'interaction avec l'objet de représentation. Par définition, toute représentation sociale doit donc être saisie au cœur

de la dynamique sociale et impliquant des groupes d'individus en interaction dans une situation donnée.

À ce titre, et selon toute évidence, il semble bien que l'étude de cas répond entièrement à cette condition. En effet, une des grandes forces de l'étude de cas est de pouvoir fournir des descriptions détaillées de phénomènes sociaux complexes ou de milieux variés, comme des organisations ou des institutions, tout en permettant une prise en compte des gens et des interactions sociales qui les lient (Gagnon, 2005; Pires, 1997; Patton, 1982; Worthman et Roberts, 1982). L'étude de cas proposée dans le cadre de cette étude, permettra de mettre systématiquement en lumière les représentations dans le contexte de la dynamique des interactions qui s'établissent entre les intervenants scolaires à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante.

Sur le plan méthodologique : l'étude des représentations sociales pose deux problèmes ou défis importants (Abric, 1994; Abric, 2003) : celui du recueil des représentations et celui de l'analyse des données obtenues. Rappelons en effet, qu'une représentation sociale se définit par deux composantes : son contenu, d'une part (informations, opinions, attitudes) et son organisation, c'est-à-dire sa structure interne d'autre part. Ce n'est donc pas uniquement le contenu en lui-même, mais l'organisation des éléments constitutifs d'une représentation qui doit être recherchée. Une telle investigation impose selon plusieurs auteurs (Abric, 1994; Abric, 2003; de Rosa, 1995 1987; Garnier et coll., 2000a, 2002, 2004) l'approche incontournable de la multiméthodologie, c'est-à-dire l'utilisation de méthodes, d'instruments d'enquête et d'analyses variées, à la fois qualitatives et quantitatives.

Ce pluralisme de méthodes et d'analyses répond également aux dimensions considérées comme méthodologiquement fondamentales dans l'étude de cas, à savoir l'intérêt de recourir à des sources de données variées dans une perspective de complémentarité des procédures et des méthodes (Glaser, Strauss, 1967; Miles et Huberman, 1994) aussi bien qualitatives que quantitatives lors des différentes phases de recueil ou d'analyse de données (Stakes, 1994; Yin, 1994, Yin, 2003). En admettant que chaque méthode puisse conduire à mieux comprendre et à cerner les représentations que

se font les intervenants scolaires du TDA/H et de la médication psychostimulante dans le contexte de leur expression, diverses approches et méthodes d'analyses seront utilisées dans le cadre de cette étude :

- *approches qualitatives et quantitatives* : analyse documentaire, enquête de type sondage, entretien semi-directif, épreuve d'associations de mots;
- *méthodes d'analyse* : variées généralement consacrées dans l'étude des représentations sociales : analyses de contenu, analyses descriptives (analyse prototypique d'une représentation sociale (Vergès, 1992, 1994), analyse statistique du chi-deux, analyses statistiques réalisées à l'aide d'analyses factorielles de correspondance multiples (AFCM).

Le croisement de ces différentes approches et méthodes d'analyse revêt un double intérêt.

- D'une part, il permettra d'approfondir sous différents angles les représentations sociales que l'on veut étudier;
- d'autre part, il permettra d'en évaluer la complémentarité : les données quantitatives venant préciser, structurer et organiser les éléments révélés de façon qualitative.

Mais avant de présenter dans le détail ces diverses approches et méthodes d'analyses, certains aspects de l'étude de cas sont à préciser et en particulier les différents critères qui ont présidé à la sélection du cas et de la population cible, la procédure et les différentes opérations de recherche réalisées lors du démarrage du projet de recherche, ainsi que la procédure de recrutement et d'échantillonnage de la population.

3.1.1 Les critères de sélection du cas et de la population ciblée

La première étape de toute étude de cas est d'identifier les critères de sélection du cas et la population cible. Dans cette première étape qui consiste à élaborer les règles qui présideront au choix du cas, il s'agit de trouver un terrain d'étude approprié aux objectifs de recherche poursuivis et de la question de recherche déjà développée. Nul

besoin de souligner que cette étape est déterminante puisque la validité des résultats et la compréhension d'un phénomène repose d'abord, comme nous le rappelle à juste titre Yin (2003) sur le fait d'avoir choisi un terrain d'étude pertinent à la question de recherche. En d'autres termes, rien n'est plus important que de faire une sélection de cas adéquate (Miles et Huberman, 1984; Stake, 1994). Pour y parvenir, il convient d'abord d'identifier, à partir de certaines règles clairement définies, le milieu et la population cible où l'on peut retrouver le phénomène sous étude. Par la suite, on doit établir les critères précis, à partir desquels sera choisi le cas qui composera l'échantillon (Pires, 1997; Patton, 1980; Yin, 2003; Lucas, 1974). Ces critères sont généralement exprimés par des caractéristiques que doit posséder le cas.

Dans cette perspective, trois critères précis ont guidé le choix de l'école ciblée dans le cadre de cette étude. Pour effectuer le choix de ces critères, il a semblé plus intéressant de procéder sur la base de « critères d'exclusion » de manière à pouvoir réduire, dans un premier temps, le choix à six ou sept écoles parmi le bassin possible de toutes les écoles de la Commission scolaire et pour procéder, dans un second temps, au choix définitif de celle qui répond le mieux à ce qui est visé dans le cadre de cette étude. Ces trois critères sont les suivants :

- 1) « Sa qualité intrinsèque, sa possibilité d'apprendre, de saisir et de découvrir » (Bauer et Gaskell, 2000). En ce qui concerne le premier critère, il ne s'agit pas ici de viser un échantillon statistiquement représentatif d'une population, mais plutôt d'avoir un cas le plus informatif possible. En effet, ce qui est visé ici est le choix d'une école dont les caractéristiques suscitent de l'intérêt (Stakes, 1994) et qui peut nous apprendre sur la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante telle qu'elle se pose généralement dans le cadre des autres écoles. On peut donc parler ici d'un échantillonnage théorique, le choix de l'école n'étant pas fait pour des raisons statistiques, mais plutôt suivant des critères de représentativité, de découverte et d'objectifs de recherche (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt et Bourgeois, 1988; Gersick, 1988; Glaser et Strauss, 1967; Hlady Rispal, 2002). Ce que l'on cherche à explorer (représentations, croyances, attitudes, opinions, etc.) n'étant pas connu d'avance, il s'agit donc de cibler un terrain d'étude

le plus informatif possible en fonction des possibilités offertes. Ainsi, la possibilité d'apprendre quelque chose à partir d'une seule « école » devient ici fondamentale parce que nous croyons pouvoir apprendre quelque chose à partir de ce seul cas et que cette école constituera en quelque sorte notre « *univers de travail* » (Pires, 1997) pour réaliser une description détaillée des représentations sociales visées dans le cadre de cette étude.

- 2) Sa pertinence théorique. Comme l'étude de cas donne accès à une compréhension profonde des phénomènes, des processus qui les composent et des acteurs qui en sont partie prenante, certains auteurs considèrent que cette méthode convient surtout pour la construction de théories. (Dyer et Wilkins, 1991; Eisenhardt, 1989; Gersick, 1988; Harris et Sutton, 1986). Mais d'autres, qui s'inscrivent dans la perspective de la théorie ancrée (« *grounded theory* »), soutiennent qu'elle est tout aussi appropriée pour la vérification d'une théorie (Eisenhardt, 1989; Glaser et Strauss, 1967; Pinfield, 1986; Richards et Richards, 1994; Strauss et Corbin, 1990) ou lorsqu'il s'agit d'invalider cette théorie ou encore de la distinguer de théories concurrentes (Allison et Zelikow, 1999; Benbasat; Yin, 1981, Yin, 2003). Dans le cas qui nous concerne, le but est tout à fait différent. Ce qui est visé n'est pas de pouvoir procéder à des généralisations théoriques ou empiriques, mais plutôt d'exploiter et d'approfondir certains aspects théoriques de la théorie des représentations sociales pouvant servir éventuellement à « la constitution ou l'enrichissement d'un corps de connaissances transmissibles et utiles pour l'étude d'autres cas » (Leplat, 2002).
- 3) Son intérêt « *instrumental* ». Présumer qu'un cas unique n'est pas une unité d'analyse utile, c'est négliger d'importantes exceptions. En effet, plusieurs études qui ont fait avancer les connaissances dans le champ des représentations sociales, par exemple l'étude de Jodelet sur la folie (1989b) ne comportait qu'un seul cas. Mais rappelons qu'il est toutefois primordial que le choix du cas sélectionné soit un « pertinent » (Stake, 1994; Yin, 2003) pour pouvoir répondre aux questions que l'on se pose. Dans la situation qui nous concerne, ce critère de pertinence a conduit à préciser certaines caractéristiques à prendre en compte dans le choix de l'école retenue dans le cadre de cette étude.

- En premier lieu, une école dans laquelle la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante n'est pas présente ou qui *ne suscite aucun intérêt* pour les intervenants avec lesquels nous voulons travailler constitue en soi un cas non pertinent à l'étude.
- En second lieu, une école ne comportant aucun cas d'élèves ayant un TDA/H et, ou soumis à une médication psychostimulante constitue aussi un cas non adapté aux objectifs poursuivis dans le cadre de cette étude. À l'inverse, des écoles sursaturées d'enfants présentant un TDA/H, contrairement à d'autres écoles du territoire, constituent également des cas non pertinents. En effet, on peut faire l'hypothèse, ou du moins penser, que les écoles qui ont déjà à gérer de nombreux cas d'élèves présentant un TDA/H et soumis à une médication ont mis en place des modes d'intervention particuliers ou des façons de faire auprès de ces élèves et qui ne reflètent pas nécessairement ce qui se passe généralement dans d'autres écoles qui n'ont pas à gérer une telle situation.
- En troisième lieu, une école qui ne mobilise aucunement les intervenants dans leurs activités professionnelles à propos du TDA/H et/ou de la médication psychostimulante constitue un autre exemple d'un cas qui ne peut être retenu dans le cadre de cette étude.

3.1.2 La procédure et les différentes opérations réalisées lors du démarrage du projet de recherche et de la sélection du choix de l'école

Une étude de cas est généralement une entreprise pour laquelle le chercheur doit déployer beaucoup d'efforts pour identifier le cas qui répond pleinement aux critères d'admissibilité retenus en fonction des objectifs de recherche poursuivis. Pour le faire, le chercheur doit se familiariser avec le phénomène, le milieu et la population qu'il veut étudier. Lorsque les ressources et l'échéancier le permettent, l'idéal, comme le mentionne Gagnon (2005), est de procéder, dans un premier temps, à une étude de « cas-pilote » permettant au chercheur de se familiariser avec son terrain d'étude ou pour vérifier si les acteurs du terrain peuvent s'inscrire dans la démarche retenue.

Dans la situation qui nous concerne, cette phase de familiarisation s'est avérée impossible à réaliser compte tenu des spécificités du terrain d'étude et des contraintes administratives de la Commission scolaire avec laquelle nous avons dû composer. En effet, avant même d'entrer en contact avec les écoles, une demande d'approbation éthique du projet de recherche (présentant les objectifs de la recherche, la méthodologie ainsi que les retombées scientifiques et sociales prévues de l'étude) a dû être présentée au bureau du secrétaire général de la Commission scolaire. Il s'agit d'une procédure administrative qui s'est généralisée dans plusieurs commissions scolaires pour éviter « une invasion massive des chercheurs » dans les écoles ou « une sollicitation excessive » des écoles pour participer à des projets de recherche. Cette procédure implique par ailleurs que les premiers contacts auprès des écoles soient réalisés par le secrétaire général et non par le chercheur.

Cette procédure s'est déroulée sur une période de plus d'un an (soit de mars 2001 à avril 2002) à la suite de plusieurs contacts téléphoniques et discussions avec le secrétaire général de la Commission scolaire avant même que le projet de recherche soit approuvé et qu'une école répondant aux critères mentionnés accepte de participer à la recherche. Au terme de ce long processus, le démarrage du projet a pu être amorcé dans l'école qui a finalement été retenue pour les fins de cette étude.

3.1.3 Le démarrage du projet

Le démarrage du projet s'est déroulé en deux temps successifs. Nous avons d'abord rencontré le directeur ainsi que le directeur-adjoint de l'école à deux reprises et ensuite rencontré l'ensemble du personnel de l'école.

Cette prise de contact initiale avec les membres de la direction s'est avérée une étape importante dans le démarrage du projet, car elle a permis de préciser d'une part, les différentes opérations de recherche et d'acquérir d'autre part, une bonne connaissance de la dynamique propre au milieu de l'école et de son fonctionnement. Le fait d'être parrainée par les membres de la direction de l'école qui entretiennent déjà des contacts avec tous les enseignants et l'ensemble des autres intervenants de l'école a permis de procéder à une première phase de familiarisation avec le milieu, et de

recueillir diverses informations nécessaires pour dresser un portrait général des principales caractéristiques de la population (élèves, personnel enseignant, et autres intervenants de l'école), des modes d'organisation des services offerts aux élèves présentant un TDA/H dans le cadre de l'école, et des différents comités mis en place au sein de l'école et de la Commission scolaire.

Plusieurs membres du personnel de l'école³ (43) ont ensuite été conviés par le directeur de l'école à participer à une rencontre collective. Cette première rencontre avait pour but de présenter le projet de recherche (but de l'étude, objectifs de recherche, méthodologie, durée du projet) à l'ensemble du personnel de l'école et de procéder au recrutement de la population susceptible de vouloir y participer.

Cette rencontre s'est déroulée sur une période d'environ 45 minutes après la fin d'une journée de classe et dans la salle du personnel. Parmi l'ensemble des intervenants conviés à y participer, 37 d'entre eux étaient présents.

3.2 Recrutement et description de l'échantillon de la population

La technique d'échantillonnage dans le cadre d'une étude de cas se pose généralement de façon particulière. En effet, l'étude de cas se fonde sur un corpus empirique qui est représenté au *singulier* et qui implique de faire une *étude en profondeur* de ce cas (Pires, 1997). Dans le cas étudié, « l'école » prise dans sa totalité constitue l'« *univers de travail* » (Pires, 1997) à partir duquel sont ancrées les différentes opérations de recherche. Cet univers de travail -ou les frontières du cas-, forme une *unité naturelle* déterminée à la fois par les caractéristiques du milieu de l'école et de l'ensemble de son personnel (Pires, 1997). Précisons toutefois, que ce ne sont pas tous les intervenants de l'école qui ont accepté de participer à l'étude. En effet, parmi les 37 membres du personnel présent à la rencontre 27 d'entre eux ont accepté de

³ Étaient présents à cette rencontre les deux membres de la direction de l'école (2), tous les enseignants titulaires de l'école (27), certains spécialistes et intervenants psychosociaux (3), (psychologue, psychoéducatrice, orthopédagogue, infirmière), stagiaires en ergothérapie (2), la spécialiste d'arts plastiques (1), une spécialiste d'éducation physique (1) ainsi qu'un préposé à l'entretien (concierge).

participer. Dans ce cas de figure, la technique d'échantillonnage utilisée est celle d'« *un échantillon* » prélevé de l'ensemble de la population de l'école (Pires, 1997).

Afin de parvenir à une vision globale du fonctionnement de l'école, et en fonction des objectifs poursuivis dans le cadre de cette étude, nous avons aussi voulu assurer une certaine hétérogénéité des groupes d'intervenants au sein de cet échantillon, dans le but de, non seulement pouvoir comparer le plus grand nombre d'individus possible, mais aussi de pouvoir contraster le groupe des enseignants aux autres intervenants de l'école. Pour cela nous avons eu recours à une technique fréquemment utilisée dans le champ d'études des représentations sociales, c'est-à-dire la technique par échantillonnage par contraste (Pires, 1997). Le but de cette technique « est d'ouvrir les voies à la comparaison (externe) ou à une sorte de « totalité hétérogène ». Cette technique consiste à assurer la « présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête » (Pires, p. 157-158). L'hypothèse théorique sur laquelle elle s'appuie postule que les individus sont porteurs de la culture et des sous-cultures auxquelles ils appartiennent. Ceux-ci sont donc représentatifs de structures et de significations pouvant permettre d'appréhender et de rendre compte des systèmes de valeurs, de normes et de représentations propres aux groupes dans lesquels ils évoluent. Cette technique consiste donc à assurer la présence de représentants clés de chaque groupe à l'étude. Pour cela, elle fait appel à deux critères particuliers généraux et spécifiques (Michelat, 1975). Dans le cadre de cette étude, le critère général, est « le groupe », c'est-à-dire l'unité de base à partir de laquelle le groupe des enseignants sera comparé et contrasté à l'ensemble des autres intervenants de l'école. Les critères spécifiques visant à assurer une certaine hétérogénéité de l'échantillon de la population sont établis sur la base des variables de l'âge, du sexe, du niveau scolaire, et finalement du nombre d'années d'expérience des intervenants.

À partir de ces critères généraux et spécifiques, l'échantillon de la population ainsi constituée comporte deux groupes distincts (voir tableau 3.2) : celui des enseignants et celui qui regroupe les autres intervenants de l'école. Pour faciliter la

compréhension et la lecture, ces deux groupes seront désignés dorénavant comme étant le groupe des enseignants et le groupe constitué des autres intervenants de l'école.

Le groupe des enseignants est composé de 20 enseignants en classe régulière répartis dans tous les niveaux scolaires (de la maternelle à la sixième année). Tous ces enseignants sont de sexe féminin, ont au moins trois ans d'années d'expérience et sont âgés de 28 à 60 ans.

La composition du groupe des autres intervenants de l'école, au nombre de sept, est la suivante : un directeur, une directrice⁴, une infirmière du CLSC travaillant dans plusieurs écoles de la Commission scolaire, trois intervenantes psychosociales (psychoéducatrice, psychologue et orthopédagogue) ainsi qu'un préposé à l'entretien (concierge) de la Commission scolaire. Deux de ces intervenants sont de sexe masculin et 5 d'entre eux sont de sexe féminin. Tous ont au moins quatre ans d'années d'expérience dans le milieu scolaire et leur âge varie de 28 à 52 ans. Le préposé à l'entretien joue un rôle particulier dans l'école et sa responsabilité sur le plan de la sécurité et de la surveillance, sa connaissance de l'école et de son fonctionnement, à propos du processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H s'est avéré précieux pour la démarche de la recherche.

Afin de préserver l'anonymat des intervenants, nous avons attribué un code à chacun des enseignants (E1 à E20) et un autre code (I21 à I27) pour ceux appartenant au groupe regroupant les autres intervenants de l'école.

⁴ Le directeur avec qui le projet de recherche a été démarré a été transféré pour prendre la direction d'une autre école de la Commission scolaire et a été remplacé par une nouvelle directrice qui a également accepté de participer à cette étude.

Tableau 3.2
Description détaillée de l'échantillon des intervenants de l'école
ayant participé à l'étude

Niveau scolaire	Nombre d'années d'expérience	Sexe	Âge
Groupe-enseignant			
Maternelle	32	F	60
Maternelle	28	F	50
Maternelle	3	F	26
Maternelle	7	F	30
1	33	F	65
1	7	F	33
1	14	F	37
2	9	F	32
2	6	F	28
3	12	F	34
3	6	F	30
4	10	F	48
4	15	F	41
5	8	F	30
5	34	F	54
6	6	F	28
6	35	F	57
6	23	F	50
Spécialiste en arts plastiques	6	F	33
Spécialiste en éducation physique	25	F	47
Groupe non enseignant (regroupement des autres intervenants de l'école)			
Directeur 1	26	M	47
Directeur 2	31	F	52
Préposé à l'entretien (concierge)	21	M	41
Professionnelle de la santé (infirmière)	33	F	54
Orthopédagogue	10	F	35
Psychologue	4	F	28
Psychoéducatrice	7	F	30

3.3 Considérations déontologiques

Nous avons informé chacun des intervenants de l'objet de cette étude, du déroulement général des différentes phases de la recherche, de leur possibilité d'interrompre leur participation à tout moment, de leur non-obligation de réponse à nos

questions, du traitement anonyme et confidentiel des données et du retour qui leur serait communiqué sur la recherche (envoi d'une synthèse écrite des résultats à la direction de l'école). Tous les intervenants, sans exception, ont signé un formulaire de consentement prévu au formulaire d'approbation d'un projet de recherche ayant été approuvé par le comité d'évaluation de l'Université de Montréal ainsi que par la Commission scolaire.

3.4 Les différentes phases de la recherche et méthodes de collecte des données

Les différentes phases de la recherche réalisées dans le cadre de cette étude s'inscrivent dans une démarche qui se veut non pas linéaire, mais plutôt circulaire entre les différentes observations faites sur le terrain, les questionnements et interrogations qui en découlent au fur et à mesure de leur déroulement (Devereux, 1980; Chauchat 1985; Tesh, 1990). À ce titre, il s'agit d'une méthode qui est très proche de celle généralement préconisée dans la perspective de la « théorisation ancrée » (« Grounded theory ») (Glaser et Strauss, 1967), dans la mesure où elle fait intervenir un va-et-vient constant et dynamique entre les différentes opérations de recueil, d'analyse et d'interprétation des données. Mais à l'instar de la « théorisation ancrée » qui est le prototype de la recherche interprétative à visée théorique (Laperrière, 1997), la démarche proposée ici est différente : le but est non pas de construire ou de généraliser une théorie, mais plutôt d'effectuer une description détaillée, exhaustive et en profondeur des représentations sociales liées au TDA/H et à la médication psychostimulante qui se construisent, s'élaborent et qui sont partagées entre les différents intervenants dans le contexte de l'école.

Pour réaliser une telle investigation, les différentes opérations de recherche ont été réalisées lors de trois phases de recherche successives et complémentaires, la première phase fournissant des items et des hypothèses de travail qui servent de cadre général aux phases subséquentes. Il s'agit de l'analyse du contexte de l'école (phase 1); l'analyse des représentations sociales réalisées à l'aide d'un entretien semi-directif (phase 2) et de l'analyse des modes d'organisation et de structuration des représentations sociales réalisée à l'aide de la technique d'associations de mots (phase 3).

Afin de saisir les spécificités et la complémentarité de ces diverses méthodes, les prochaines sections présentent une description détaillée et différenciée de chacune d'entre elles ainsi que des opérations réalisées lors des trois phases de la recherche.

3.4.1 L'analyse du contexte : première phase de la recherche

La première phase qui s'est déroulée sur une période de 10 mois (soit du mois de mai 2002 au mois de février 2003) correspond à l'analyse du contexte de l'école.

Deux approches furent utilisées et suivies en parallèle pour effectuer cette investigation : une analyse documentaire à partir de la collecte de documents variés (documents officiels produits par la direction de l'école, de la Commission scolaire, et par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) et une préenquête réalisée sous forme d'entretiens informels menés auprès des intervenants de l'école. Le but est d'effectuer une première exploration des représentations pouvant circuler à l'intérieur de l'école à propos du « TDA/H » et de la « médication psychostimulante », mais aussi de recueillir des indicateurs sur le contexte de l'école à partir des informations suivantes :

- 1) profil socio-économique et sociodémographique de l'école (caractéristiques des élèves, des familles et du personnel de l'école);
- 2) portrait descriptif des différents modes d'organisation et de structuration des services et des ressources disponibles dans l'école (prise en charge des élèves présentant un TDA/H et le suivi de la médication);
- 3) portrait descriptif des ressources disponibles (fonctions et responsabilités des intervenants de l'école dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H);
- 4) données statistiques sur le taux de prévalence du nombre diagnostiqué de TDA/H et soumis à une médication psychostimulante. L'intention est aussi de pouvoir ultimement répondre aux questions suivantes : quels sont les types d'intervenants et leurs différentes fonctions au sein de l'école? S'agit-il de groupes isolés ou au contraire de groupes communiquant entre eux? Est-ce que les enseignants

communiquent entre eux à propos du TDA/H et de la médication? Communiquent-ils avec les autres intervenants de l'école? Si oui, quels sont ces intervenants? De façon générale est-ce que la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante constitue un enjeu pour les intervenants concernés? Dans l'affirmative, quelle est la nature de cet enjeu et pour quels intervenants en particulier?

Lors de cette première phase, l'analyse documentaire et la préenquête menées sous forme d'entretiens informels auprès des intervenants de l'école ont été choisies parce qu'ils présentent plusieurs intérêts sur le plan méthodologique. (Moliner et coll., 2002). En ce qui concerne l'enquête, elle peut revêtir différentes fonctions dans une étude sur les représentations sociales. Elle peut, en effet, être utilisée à titre exploratoire pour identifier les caractéristiques globales des représentations d'un certain nombre de personnes. Elle peut également permettre une première étape de familiarisation avec un univers de représentations ou avec un milieu. De son côté, l'analyse documentaire peut également être fort utile pour effectuer une première familiarisation avec les représentations sans que le chercheur ait à intervenir directement dans le milieu ou auprès des personnes de ce milieu. En effet, puisqu'il s'agit d'informations qui préexistent à l'intervention directe du chercheur dans un milieu donné, ces informations composent « une expression à la fois naturelle et très spontanée pour l'étude des représentations » tout en fournissant des informations importantes « sur le contexte de leur expression » (Moliner et coll., 2002). De plus, puisqu'il s'agit de documents comportant des informations produites en dehors de toute intervention du chercheur, cette analyse peut être menée, de manière non intrusive, dans un milieu. Cette approche s'est donc avérée particulièrement intéressante à explorer lors de la première phase de la recherche pour recueillir des informations variées sur le fonctionnement global du contexte de l'école, mais aussi pour permettre de pénétrer progressivement le milieu, en essayant d'intervenir le moins possible sur les activités régulières des intervenants de l'école.

Dans cette perspective et dans un premier temps, la collecte de ces informations a été réalisée en ciblant systématiquement toutes les informations pouvant être « utiles »

à l'analyse du contexte de l'école en ne sélectionnant que les documents pouvant être réellement « pertinents » à l'analyse en fonction des informations mentionnées précédemment. Nous avons ainsi systématiquement consulté diverses sources d'information diffusées à l'intérieur même de l'école (notes, documents officiels produits par la direction de l'école, informations diffusées sur le babillard du service du personnel), sur le site Internet de la Commission scolaire qui diffuse en ligne les différents documents officiels produits par les services complémentaires et de l'adaptation scolaire de la Commission scolaire (formulaires d'évaluation, plans de service, etc.) et du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) concernant la nouvelle politique relative à l'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage ou d'adaptation scolaire.

La collecte de l'ensemble de ces documents a permis de recueillir au final plus de 16 types de documents de nature différente et provenant de sources aussi très diversifiées que l'on peut regrouper en quatre catégories distinctes :

- 1) documents officiels produits par la direction de l'école (voir tableau 3.4.1.a);
- 2) documents officiels utilisés par les intervenants dans leur pratique professionnelle (outils d'évaluation, tests de dépistage et d'évaluation, grilles d'évaluation) (voir tableau 3.4.1.b);
- 3) documents institutionnels disponibles sur le site Internet de la Commission scolaire fournissant des informations sur l'organisation des services de soutien en appui aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage scolaire (voir tableau 3.4.1.c);
- 4) documents ministériels produits par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) sur les politiques en matière d'éducation et d'adaptation scolaire (voir tableau 3.4.1.d).

Tableau 3.4.1.a
Documents officiels produits par le bureau de direction de l'école

Titre du document	Contenu du document	Source des documents
Présentation générale de l'école	Localisation géographique de l'école, données socio-économiques et socio-démographiques de clientèle desservie (élèves), familles, communauté et personnel de l'école	Directeur de l'école
Plan de réussite 2002-2003	Analyse de la situation, (réussite des élèves, pratiques éducatives, orientations pédagogiques) développement des ressources enseignantes, ressources spécialisées, objectifs, moyens et indicateurs de l'école Code de vie de l'école Système d'émulation, système de remboursement des récompenses aux élèves, infractions, billets de contravention Conseil d'établissement, conseil d'école, Informatique, Comité social, comité des fêtes, délégué(e) syndical(e), Comité de pilotage de (la réforme)	
Analyse de la situation de l'école 2002-2003	Budget de fonctionnement, budgets spéciaux (réussite éducative, soutien linguistique, réforme de l'enseignement) Liste des différents comités de l'école et de la Commission scolaire	

Tableau 3.4.1.b
Documents officiels utilisés par les intervenants de l'école dans leur pratique professionnelle

Type de documents	Contenu du document	Sources des documents
Grilles d'évaluation, outils et échelles de mesure utilisées lors de la phase d'évaluation du TDA/H, formulaires d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Profil socioaffectif des enfants d'âge préscolaire - Grille d'évaluation ACTERS - Questionnaire de CONNERS pour les enseignants - CONNERS' PARENT RATING Scale-Revised (L) - Grille d'observation du comportement - Formulaire d'évaluation psychosociale 	Intervenantes psychosociales, site Internet de la Commission scolaire

Tableau 3.4.1.c

Documents institutionnels disponibles sur le site Internet de la Commission scolaire fournissant des informations sur l'organisation des services de soutien en appui aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage scolaire

Type de documents	Contenu du document	Source des documents
Liste des différents comités de la Commission scolaire	Conseil d'établissement, Conseil d'école, Informatique, Comité social, Comité des fêtes, délégué(e) syndical(e), Comité de pilotage (de la réforme)	Documents officiels produits par les services complémentaires et de l'adaptation scolaire de la Commission scolaire
Organisation scolaire des services éducatifs et spécialisés	Les services complémentaires fournis par la Commission scolaire (psychologie, orthophonie et psychoéducation); plans d'intervention, soutien aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage	
Demande de services complémentaires et spécialisés	Formulaire d'évaluation psychosociale, formulaire de définitions des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) Tableau d'équivalence des anciens et des nouveaux codes pour les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage	

Tableau 3.4.1.d

Documents ministériels produits par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) sur les politiques en matière d'éducation et d'adaptation scolaire

<p>Titres des documents</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. (2000). Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) : définitions. - Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2001). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation (2000.) TDA/H. Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Plan d'action. - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. (1999). Une école adaptée à tous ses élèves. Politique d'adaptation scolaire. Prendre le virage du succès. Politique d'adaptation scolaire. - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. Le plan d'intervention au service de la réussite de l'élève. Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention. - Conseil supérieur de l'éducation (1996). L'intégration scolaire des enfants handicapés et en difficulté, Québec, gouvernement du Québec. - Conseil supérieur de l'éducation (2002), L'organisation du primaire en cycles d'apprentissage : une mise en oeuvre à soutenir, Québec, gouvernement du Québec. - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, (1997). L'École tout un programme, énoncé de politique éducative, Québec, ministère de l'Éducation. - Ministère de l'Éducation (1976). L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec : rapport COPEX. Québec, ministère de l'Éducation.
<p>Contenu du document</p>	<p>Politique ministérielle, politique d'adaptation scolaire et plans d'action.</p>
<p>Sources des documents</p>	<p>Site Internet de la Commission scolaire et du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ).</p>

Pour faire suite à la collecte de ces documents analysés au fur et à mesure, il est toutefois clairement apparu que plusieurs informations étaient insuffisantes, voire totalement absentes, pour dégager un portrait global du contexte de l'école concernant le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H, et notamment pour retracer le nombre d'enfants diagnostiqués d'un TDA/H dans le cadre de l'école et/ou soumis à une médication et/ou référés pour une évaluation médicale ou psychosociale. En effet, aucun document ne permettait d'avoir accès à ce type de données. Selon les informations obtenues de certains intervenants-clés de l'école, notamment le directeur, la psychologue et la psychoéducatrice de l'école, susceptibles de nous renseigner à ce propos, il n'existe en effet aucun dossier centralisé, dans l'école ou à la Commission scolaire sur le nombre et les caractéristiques d'enfants diagnostiqués d'un TDA/H ou médicamenteux. Dans certains cas, les renseignements pertinents pourraient se retrouver dans un dossier d'intervention personnel de ces élèves. La consultation de ces dossiers, si elle était possible et envisageable, nécessitait l'accord spécifique des parents et de l'école. Ces diverses considérations ont permis de juger, en accord avec la direction de l'école, qu'une enquête de type sondage menée à l'aide d'entretiens informels auprès de tous les enseignants, de l'infirmière et des intervenantes psychosociales de l'école constituait la solution la plus efficace et la moins coûteuse pour recueillir ces diverses informations.

Cette enquête s'est réalisée en deux temps : une première enquête a été réalisée par le directeur auprès de tous les enseignants de l'école de chaque niveau (de la maternelle à la 6^e année) scolaire afin de recueillir dans chaque classe les informations suivantes : le nombre d'élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H et référés pour une évaluation psychosociale ou médicale, le nombre d'élèves diagnostiqués d'un TDA/H et/ou soumis à une médication psychostimulante. Ce premier temps de l'enquête s'est poursuivi par une série de trois rencontres informelles qui ont été réalisées auprès des intervenantes psychosociales et de l'infirmière de l'école afin de valider ces informations à partir des dossiers personnels des élèves. Cette collecte d'informations s'est déroulée de façon totalement anonyme et ne permet en aucun temps d'identifier les élèves en question. Ces rencontres nous ont également permis d'accéder à différentes informations concernant le processus de prise en charge de ces élèves que

nous avons noté au fur et à mesure dans un cahier de bord. Ces informations fournissent ainsi des renseignements utiles et complémentaires à celles déjà recueillies lors de l'analyse documentaire.

Ces rencontres ont aussi constitué l'occasion de préciser certaines informations essentielles à l'analyse du contexte de l'école, concernant les différents modes d'organisation et de structuration des services et des ressources disponibles dans l'école et à la Commission scolaire sur la prise en charge des élèves présentant un TDA/H et le suivi de la médication (profil des intervenants concernés, répartition des ressources spécialisées, modalités de suivi). Elles ont aussi fourni des pistes d'investigation et de nouvelles hypothèses de travail à approfondir dans la seconde phase de la recherche visant à réaliser une étude en profondeur des représentations sociales.

3.4.2 L'analyse des représentations sociales réalisée à l'aide d'un entretien semi-directif : seconde phase de la recherche

La collecte des données se poursuit, lors de la seconde phase de la recherche, à l'aide d'un entretien semi-dirigé réalisé auprès de l'ensemble de la population ayant accepté de participer à cette étude. Longtemps considéré, avec le questionnaire, comme l'outil majeur de repérage des représentations (Abric, 1994a; Moliner et coll., 2002), l'entretien constitue une approche indispensable à toute étude sur les représentations sociales.

L'entretien semi-dirigé est le prototype des entrevues qui est généralement utilisé dans le champ d'études des représentations sociales (Moliner et coll., 2002). Il constitue une approche « relativement flexible » (Nils et Rime, 2003) dans la mesure où il se situe entre l'entretien de type non directif et l'entretien directif caractérisé par un protocole structuré à partir d'une liste de questions. Par entretien semi-directif, nous entendons, à la suite de Moliner et coll. (2002) une approche qui se caractérise par :

[...] l'existence préalable d'un schéma ou « guide d'entretien » qui définit les thèmes principaux à explorer et prévoit éventuellement certaines relances. La manière dont les thèmes seront amenés, au cours de l'entretien, dont ils seront formulés et l'ordre dans lequel ils apparaîtront n'est pas fixée à l'avance. (p. 62)

Cette approche impose, par ailleurs, comme nous le rappellent Moliner et coll., (2002), de « concilier deux exigences qui peuvent apparaître contradictoires ». D'une part, l'interviewer doit maintenir le sujet dans le cadre de l'entretien et lui faire aborder tous les thèmes prévus » (p. 62). D'autre part, il doit faire en sorte de favoriser la libre expression de l'interviewé à partir de son propre point de vue avec les termes qui lui conviennent et dans la séquence qu'il souhaite.

Pour la réalisation des entretiens semi-directifs, l'interviewer dispose d'une série de questions qui lui servent de guide et qu'il pose non pas dans un ordre strict, mais en fonction du flux conversationnel et des réactions de son interlocuteur (Nils et Rime, 2003). Le rôle de l'interviewer est alors de focaliser l'entretien sur les thématiques étudiées en posant les questions adéquates et aux moments propices.

3.4.2.1 Déroulement des entrevues et protocole d'entretien

Tous les entretiens, d'une durée pouvant varier de 30 à 45 minutes, ont été réalisés dans un local isolé de l'école pendant ou après les heures de classe. Ils ont été enregistrés avec l'accord de tous les participants.

Lors des entrevues, plusieurs précautions ont été prises afin d'assurer un certain nombre de principes de base à respecter (Poupart, 1997) pour le bon déroulement des entretiens. En outre, nous avons soigneusement veillé à rassurer chacun des intervenants quant à l'usage qui sera fait de leur discours et de garantir leur anonymat de manière à ce qu'ils n'aient pas à craindre d'éventuelles conséquences à leur témoignage (Poupart, 1997).

Nous avons choisi une consigne de départ suffisamment proche du vécu des intervenants pour qu'ils puissent avoir le sentiment d'être directement concernés par le thème abordé et de manière à les inviter à exprimer leur propre vécu et opinion personnelle. La consigne était la suivante :

Depuis les dix dernières années, on constate que le nombre d'enfants qui présentent des problèmes d'attention, de concentration ou d'hyperactivité a augmenté. J'aimerais savoir ce que vous pensez de ce phénomène, que vous soyez d'accord ou non, et que vous me disiez ce qui vous vient spontanément à l'esprit à ce sujet.

Le guide d'entretien (présenté à l'appendice B) se présente comme une suite de thèmes, formulés sous forme de diverses questions ouvertes dépendantes de la situation. Ces thèmes à explorer qui se sont affinés au cours de la recherche s'inspirent largement des travaux empiriques et théoriques développés par différents auteurs dans la perspective des représentations professionnelles (Bataille et coll., 1997; Blin, 1997; Piasser, 1999) visant à favoriser une exploration systématique de différentes dimensions liées au contexte professionnel dans lequel des intervenants de l'école fonctionnent, communiquent ou partagent des manières de penser, des façons de faire ou d'agir dans le processus de prise en charge des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H. Par ailleurs, le choix de ces thèmes se fonde également sur les résultats des analyses préliminaires et des investigations réalisées lors de la première phase de la recherche qui ont conduit à émettre l'hypothèse que les objets des représentations semblent conceptuellement s'organiser selon un modèle tridimensionnel que nous voulons approfondir et valider dans le cadre de cette étude : une dimension fonctionnelle, une dimension contextuelle et une dimension liée à la vie de relation entre les intervenants de l'école.

La dimension fonctionnelle : la première dimension concerne les objets de représentations susceptibles d'être activés dans l'exercice de l'activité professionnelle. Elle permet plus précisément de réaliser une exploration systématique de différents thèmes sur ce que « **pensent** » ou « **disent** » les intervenants du TDA/H (en étiologie et ses principales causes, son diagnostic et les principaux symptômes observés), de la **médication psychostimulante** (principales interrogations et inquiétudes), de **ses principaux effets** (positifs ou négatifs) perçus et **son importance** dans le traitement et le suivi des jeunes qui présentent des symptômes ou signes associés au TDA/H.

La dimension contextuelle : la seconde dimension permet de préciser les modes d'organisation et de structuration des activités professionnelles dans lesquels s'inscrivent les actions et les modes d'interaction des intervenants de l'école. Cette dimension vise essentiellement à effectuer une exploration systématique des différents thèmes portant sur le contexte de l'exercice de l'activité professionnelle et plus particulièrement ceux relatifs à la **fonction professionnelle** (procédure d'identification et

de dépistage des signes et symptômes associés au TDA/H, l'approche générale d'évaluation et le suivi des élèves dans le milieu scolaire), **aux activités professionnelles** (test, instruments de mesure ou outils d'évaluation utilisés, les principaux modes d'intervention privilégiés) et à **l'organisation des statuts et des rôles professionnels** (modes d'intervention privilégiés, degré d'implication dans le processus d'évaluation et d'intervention auprès des élèves) .

La troisième dimension, concerne la vie de relation des intervenants dans le processus de prise en charge du TDA/H et plus précisément les **modes de communication et de collaboration** qui s'établissent entre les intervenants de l'école dans le processus d'évaluation et le suivi des élèves dans le milieu scolaire (importance accordée au travail de collaboration et de concertation avec les autres intervenants du milieu scolaire, modes de collaboration avec la famille et les autres professionnels de la santé). Cette troisième dimension permet également une exploration de différents thèmes portant sur les obstacles ou problèmes de communication susceptibles d'être rencontrés dans le processus général de prise en charge des élèves présentant une TDA/H dans le cadre scolaire.

L'enchaînement des questions et des thèmes explorés à travers ces trois dimensions d'analyse a été conçu de façon à respecter un ordre logique de conversation qui puisse éviter d'interrompre l'interviewé et que les thèmes soient abordés « naturellement » par lui. Ainsi, l'ordre de présentation des questions pouvait évoluer en fonction de la situation d'entretien et de manière à ne pas couper l'expression des sujets. Toutefois, nous avons toujours respecté la structure générale du découpage des questions dans les thèmes de chaque dimension du guide d'entretien. Chaque question correspond soit à la première dimension du modèle, soit à la dimension fonctionnelle (questions 1, 2, 5, 11, 12, 13, 14), soit à la dimension contextuelle (questions 3, 5, 6, 7) ou soit à la troisième dimension portant sur la vie de relation entre les intervenants du milieu scolaire dans le processus de prise en charge de la problématique du TDA/H (questions 4, 8, 9, 10).

Le souci de non-directivité a parfois conduit à nous éloigner de certaines questions, même à ne pas poser certaines lorsqu'un intervenant les abordait de lui-même dans son discours. Deux règles fondamentales pour la réalisation d'un entretien semi-directif ont par ailleurs été respectées comme le préconisent Moliner et coll., (2002) : la règle d'exhaustivité et la règle d'exploitation. Ces deux règles consistent d'une part, à s'assurer que tous les thèmes du guide d'entretien soient abordés par tous les intervenants et que tous les thèmes explorés le soient, d'autre part, de manière suffisamment détaillée. Certaines questions du protocole ont dû par ailleurs être adaptées pour certains intervenants, notamment pour les deux directeurs et le concierge de l'école dont les fonctions, les activités et les rôles professionnels sont très différents de ceux des enseignantes, de la professionnelle de santé (infirmière) ou des intervenantes psychosociales (psychologue, psychoéducatrice et orthopédagogue) dans les modes d'intervention et le suivi des élèves.

3.4.3 Les épreuves d'associations de mots réalisées lors de la troisième phase de la recherche

Dans l'étude des représentations sociales, si l'entretien est généralement reconnu comme incontournable, certains auteurs comme Abric (1994), estiment nécessaire d'y associer d'autres techniques complémentaires visant à contrôler ou à approfondir les informations recueillies. Pour cela, une approche différente a été choisie lors de la troisième phase de la recherche, soit la technique d'associations de mots.

Cette technique est une méthode exploratoire de repérage et d'analyse de la représentation. Elle permet de dresser ou de dégager un tableau à la fois quantitatif et qualitatif des mots ou expressions associés aux thèmes définis. Cette méthode utilise *la technique des associations libres*, c'est-à-dire « la production spontanée des termes évoqués au moyen de mots-stimuli spécialement choisis en rapport avec les objets d'étude » (de Rosa, 1988). Également utilisée en psycholinguistique pour l'étude des représentations cognitives (Le Bouedec, 1984), elle est aussi considérée par de nombreux auteurs (Di Giacomo, 1981; Le Bouedec, 1984; Vergès, 1992; Abric, 1994; de Rosa, 1988; Doise, Clémence & Lorenzo-Cioldi, 1992, de Rosa, 1988, 1995, Abric, 1994a), comme une méthode exploratoire efficace pour accéder, d'une part, rapidement

au contenu et à la structure des éléments constitutifs d'une représentation sociale tels qu'exprimés dans différents groupes, mais aussi d'autre part, pour vérifier jusqu'à quel point les associations obtenues sont susceptibles de différencier les groupes entre eux (Flament et Rouquette, 2003; Abric, 1994). Compte tenu de ces différentes possibilités, cette méthode s'est avérée particulièrement appropriée dans le cadre de cette étude dont un des objectifs vise justement à analyser, dans une perspective de comparaison et de contraste, comment s'organisent et se structurent les éléments de représentations sociales dans les deux groupes (enseignants et autres intervenants) de l'école.

Cette technique consiste à demander à chaque sujet d'associer un ou plusieurs mots (*les induits*) aux mots proposés par l'interviewer (*les inducteurs*) avec plusieurs variantes possibles dans le choix du nombre de mots demandés, leur qualification *a posteriori*, etc. Dans le cas qui nous concerne, trois induits ont été demandés aux sujets pour chaque inducteur.

La consigne de départ donnée à chacun des sujets était la suivante :

« Je vais vous dire un mot et je vous demande de me dire le plus rapidement possible trois mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque je vous dis ce mot ».

Six mots inducteurs ont été retenus pour réaliser cette méthode d'associations de mots :

- 1^{er} mot : Enfant
- 2^e mot Rôle de l'école
- 3^e mot : Discipline
- 4^e mot : Hyperactivité
- 5^e mot : Médicament
- 6^e mot : Ritalin

Ces mots inducteurs ont été déterminés en raison de leur importance par rapport aux interrogations et hypothèses de travail qui ont émergé au fur et à mesure du déroulement des deux premières phases de la recherche. En outre, les résultats

préliminaires obtenus à partir des entrevues semi-dirigées ont permis de constater que les représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante ne sont pas des « objets de représentations isolés ou « autonomes » (Flament, 1994) et qu'ils semblent au contraire se structurer en fonction des représentations que se font les intervenants de « l'enfant », de « l'hyperactivité », de la « discipline », « du médicament », du « ritalin » et du « rôle de l'école » et qui semblent jouer un rôle fondamental dans les activités et pratiques professionnelles liées au processus de prise en charge des élèves présentant des manifestations comportementales associées au TDA/H. Cette idée que les représentations du TDA/H et la médication puissent être organisées et structurées en lien avec d'autres « objets de représentation » n'est pas singulière et a déjà fait l'objet de nombreuses investigations tant sur le plan théorique que empirique (Rouquette 1994a; Garnier, 1999; Garnier et coll., 2000b; Garnier et Lévy, 2007) dans le champ d'études des représentations sociales. Ainsi, la possibilité que le TDA/H et la médication psychostimulante ne soient pas des objets isolés, mais plutôt reliés à d'autres objets au sein d'un même « système représentationnel » (Garnier, 1999, 2002, Garnier et coll. 200b, 2005,) s'est imposée comme une piste d'investigation importante à être mieux explorée et approfondie lors de la troisième phase de la recherche.

3.5 Méthodes d'analyse

Afin de tenir compte de la complémentarité des approches utilisées lors des trois phases de la recherche, une démarche d'analyse comportant deux niveaux complémentaires et interreliés a été développée dans le but de pouvoir extraire de l'ensemble des données le contenu des représentations sociales, mais aussi, comme le préconisent de nombreux auteurs (Abric, 1994a; Abric, 2003, Flament et Rouquette, 2003; Garnier et coll., 2000b, 2005), de rendre compte de la façon dont se structurent ces représentations.

- Le premier niveau correspond au repérage du contenu des représentations sociales et/ou professionnelles à travers les différentes phases de la recherche, c'est-à-dire le repérage des cognitions portant sur les objets significatifs dans

l'exercice des activités professionnelles liées au TDA/H et à la médication psychostimulante.

- Le second niveau consiste à repérer le mode d'organisation et de structuration des représentations sociales au fur et à mesure des différentes phases de la recherche pour ensuite en dégager les principes organisateurs (Doise, 1992) ou pour reprendre les termes de Clémence (2003) en faire émerger « la structure sous-jacente au positionnement des personnes, composée d'ensembles d'éléments représentationnels ».

Précisons toutefois qu'il n'existe pas une seule, mais au contraire plusieurs méthodes pouvant être utilisées pour réaliser une telle investigation. Comme le mentionnent, à juste titre, Moliner et coll., (2002), c'est à chaque chercheur, en fonction de ses objectifs de recherche, de mettre au point sa propre démarche. Parmi les diverses « catégories classiques de techniques d'analyse » généralement utilisées dans la perspective d'étude des représentations sociales (Moliner et coll., 2002), certaines d'entre elles, qui sont présentées dans le détail dans la prochaine section, ont été retenues pour les fins d'analyse. Il s'agit plus précisément de : l'analyse de contenu, le test statistique du chi-deux, l'analyse descriptive réalisée à l'aide de l'analyse prototypique d'une représentation sociale (Vergès, 1994) ainsi que l'analyse statistique réalisée à l'aide de l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM). Chacune de ces techniques apporte un niveau d'information différent et complémentaire à l'ensemble de la démarche d'analyse.

En ce qui concerne l'analyse de contenu, on peut dire qu'il s'agit de la méthode la plus utilisée pour étudier les représentations sociales (Moliner et coll., 2002), notamment pour étudier les opinions, les croyances, les prises de positions ou les discours véhiculés dans les discours. Sa fiabilité et sa validité sont liées essentiellement à l'application d'une procédure rigoureuse caractérisée d'une part, par le respect de la chronologie des étapes qui jalonnent l'analyse et d'autre part, par la règle que le chercheur doit s'imposer de rester au plus près du discours, de l'univers de pensée du locuteur ou des productions textuelles qu'il veut étudier. Cette technique d'analyse a

donc servi de cadre général à l'analyse documentaire (réalisée lors de la première phase de la recherche), à l'analyse des entretiens semi-directifs (réalisée lors de la seconde phase de la recherche) ainsi que l'analyse descriptive des associations de mots (réalisée lors de la troisième phase de la recherche).

Les associations de mots ont aussi été analysées à l'aide de trois approches différentes. Dans un premier temps, un test statistique du chi-deux a été réalisé dans une perspective exploratoire afin d'examiner le comportement global de chacun des deux groupes d'intervenants (enseignants et autres intervenants de l'école) à la tâche d'associations de mots et de vérifier s'il existait une structure liant ces deux groupes à l'un ou à plusieurs des mots inducteurs.

Dans un second temps, les associations ont été soumises à une technique d'analyse fréquemment utilisée dans le champ d'études des représentations sociales, soit la technique d'analyse de la « prototypicalité » d'une représentation sociale (Abric, 2003; Vergès). Ce type d'analyse ajoute un niveau d'analyse supplémentaire aux analyses précédentes, en ce qu'il permet d'approfondir le mode de structuration des représentations sociales mais aussi de préciser les liens qui s'établissent entre les éléments constitutifs de ces représentations en termes de « relations » et « d'importance » (Abric, 2003). Finalement, l'analyse factorielle de correspondances multiples (AFCM) est une autre technique statistique généralement utilisée pour l'analyse des associations de mots (Doise et coll., 1992). Il s'agit d'une technique de décomposition en facteurs linéaires qui permet de dégager les principes organisateurs des représentations sociales, c'est-à-dire les prises de position communes à la population interrogée, mais aussi, en fonction du groupe des enseignants et celui des autres intervenants de l'école.

Compte tenu des spécificités de ces diverses méthodes d'analyse, une description détaillée à chacune s'impose à cette étape-ci afin d'en apprécier la diversité et la complémentarité.

3.5.1 Méthode d'analyse des documents et des corpus textuels

L'analyse des différents corpus textuels recueillis lors de la première phase de la recherche a été réalisée à l'aide d'une analyse de contenu thématique selon les méthodes « standards » préconisées par plusieurs auteurs (Muchielli, 1996; Bardin, 2001, 2003; Garnier et coll, 2000a, 2005; Moliner, et coll., 2002; Gighlione et Matalon, 1985). Ce type d'analyse consiste à repérer, comme le mentionne Muchielli (1996), des expressions textuelles ou des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus dans un corpus. Dans le cadre de cette étude, cette procédure de repérage a été réalisée, en quatre étapes successives et spécifiques.

La **première étape** est celle de la préparation du matériel et la sélection d'un échantillon du corpus. Une fois la collecte de tous les documents terminée, une photocopie de ces documents a été réalisée de façon à pouvoir ensuite les manipuler facilement et à pouvoir y faire des annotations. Par la suite, nous avons procédé à plusieurs explorations successives des corpus, au choix de quelques éléments du corpus les plus diversifiés, informatifs, pertinents et représentatifs pour construire la grille d'analyse qui sera appliquée à l'ensemble de tous les éléments de ce corpus.

La **seconde étape** est celle du codage et de l'identification des thèmes. Cette seconde opération consiste à découper le corpus en un certain nombre « d'unités de sens de nature et de taille variables » (Gighlione et Matalon, 1985). Chaque unité de texte ainsi découpée est ensuite affectée d'un mot ou d'un groupe de mots susceptibles de résumer le thème sélectionné. Cet étiquetage sert de base à l'élaboration de la grille d'analyse.

La **troisième étape** correspond à l'élaboration de la grille d'analyse et à l'application de la grille à l'ensemble du corpus. Cette opération consiste à organiser les thèmes dans une grille d'analyse et à les positionner les uns par rapport aux autres en introduisant une certaine logique (Moliner et coll., 2002). La grille d'analyse générale est d'abord élaborée à partir d'un premier échantillon du corpus, ensuite appliquée à un deuxième puis à un troisième échantillon, etc. Cette procédure permet non seulement d'apporter les modifications et les ajustements nécessaires au fur et à mesure, mais

également d'ajouter les nouveaux thèmes qui émergent au fur et à mesure de l'analyse. Après ce travail sur un échantillon d'éléments du corpus, la grille d'analyse est ensuite appliquée à l'ensemble du corpus. (Moliner et coll., 2002).

La **quatrième étape** consiste à mettre en relation les différents thèmes de la grille avec l'élément du corpus lors de la phase d'analyse. À cette étape de l'analyse, la grille est appariée aux éléments du corpus correspondant. La grille devient alors « un cahier d'analyse de contenu, chaque thème étant illustré par la ou les citations correspondantes » (Moliner et coll., 2002, p. 98).

3.5.2 Méthode d'analyse de l'entretien semi-directif réalisé lors de la seconde phase de la recherche

Après avoir été entièrement transcrit et codé, le corpus des entretiens réalisés lors de la seconde phase de la recherche a subi plusieurs phases d'explorations successives pour en extraire les principales thématiques, les différentes associations et les particularismes des discours. Comme pour l'analyse documentaire, ces différentes opérations ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Bardin, 2001, 2003; Garnier et coll, 2000a, 2005; Bardin, 2001, Moliner et coll., 2002; et Gighlione et Matalon, 1985) réalisée à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives N'Vivo.

Très convivial, ce logiciel se présente comme un logiciel d'analyse de données non structurées permettant d'aboutir à une catégorisation thématique précise d'un corpus relativement important (Duchastel, 2003). Il permet également de réaliser une catégorisation progressive d'un corpus qui s'affine sans cesse dans un jeu d'aller et retour entre le texte et les catégories posées par l'analyse et qui en émergent. Cette catégorisation est progressive et peut être modifiée au fur et à mesure que s'affinent les catégories définies par le chercheur. Ces catégories sont organisées selon une structure en arbre que l'on peut également faire évoluer. Le codage permet d'attribuer un code spécifique à chaque phrase ou « unité de sens » qui relève d'une même catégorie ou sous-catégorie. Il est alors possible d'extraire tous les contenus se rapportant à une catégorie ou une sous-catégorie donnée, et ce, à travers une ou plusieurs entrevues. À ce

titre, le logiciel se présente donc comme une « boîte à outil » facilitant le déchiffrement et l'analyse du corpus permettant, à partir d'un codage embryonnaire, de préciser et d'affiner le système de catégorisation qui évolue et prend de l'ampleur à mesure qu'il se complexifie.

Concrètement, l'ensemble de ces opérations s'est déroulé **en trois temps** successifs.

Premier temps : découpage et codification des unités d'analyse

Le premier temps consiste à opérer un premier découpage de l'ensemble des données en unités de sens (Muchielli, 1996) de taille variable (phrase ou paragraphe) (Guba et Lincoln, 1985), de manière à saisir la signification sous-jacente au discours. Chaque unité correspond ainsi à la taille optimale pour saisir la signification du discours (mot, phrase ou paragraphe) (Garnier et coll., 2000b).

Cette opération repose essentiellement sur un découpage des unités « Questions/Réponses » à partir desquelles sont repérées systématiquement toutes les unités d'analyse apparaissant dans l'ensemble des corpus. Ces unités sont ensuite regroupées dans des catégories qui émergent au fur et à mesure des différentes phases de l'analyse. Cette opération, pour reprendre les termes de Bardin (2002), est « une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogue) d'après des critères préalablement définis ». Elle consiste aussi, toujours selon ce même auteur, à réaliser une classification d'éléments dans des « rubriques » ou des « classes » qui rassemblent un groupe d'éléments sous un thème générique commun.

Résumé des opérations réalisées lors du premier temps d'analyse

- 1- Découpage des corpus en unités de sens
- 2- Codage des unités dans les catégories

Second temps : regroupement des catégories dans les thèmes et les sous-thèmes constitutifs des trois dimensions du modèle d'analyse.

Le codage initial des catégories qui s'est poursuivi et amélioré au fur et à mesure de l'analyse a permis de faire émerger, dans le second temps, des thèmes et des sous-thèmes regroupés suivant les trois dimensions d'analyse qui ont servi de base théorique à la construction du guide d'entretien : la dimension fonctionnelle (*dimension 1*), la dimension contextuelle (*dimension 2*) et la dimension liée à la vie de relation des intervenants dans le processus de prise en charge du TDA/H (*dimension 3*).

Ces différentes opérations ont permis de dégager les thématiques récurrentes, les régularités ainsi que les principales divergences qui se dégagent de l'ensemble des éléments du discours et suivant les deux groupes (groupe des enseignants et autres intervenants de l'école). Une fois le système de catégorisation terminé, les thèmes et les sous-thèmes sont ensuite regroupés sous la forme d'une grille d'analyse de contenu. Cette grille comporte l'ensemble des thèmes et des sous-thèmes appliqués à l'ensemble des corpus servant de cadre général à la phase d'interprétation et d'analyse des données.

Résumé des opérations réalisées lors du second temps de l'analyse

- 1- Regroupement des catégories dans les grands thèmes et sous-thèmes constitutifs des trois dimensions d'analyse.
- 2- Repérage des thématiques récurrentes, des régularités ainsi que des divergences repérées dans le discours et suivant les deux sous-populations.

Troisième temps : lecture verticale et transversale des corpus

Lors du troisième temps de l'analyse, une autre lecture de l'ensemble des entrevues est à nouveau effectuée à l'aide d'une **analyse verticale** de chaque corpus d'entrevue pour préciser et raffiner les différents thèmes et sous-thèmes qui ont émergé lors des analyses précédentes. Une **analyse transversale** des corpus permet ensuite de préciser les relations existant entre les différents thèmes et sous-thèmes émergents ainsi que les convergences et les divergences dans les discours selon les groupes (enseignants et autres intervenants de l'école) et les trois dimensions d'analyse. Cette dernière analyse a ensuite permis de réaliser les deux opérations suivantes :

- 1) Nous avons d'abord résumé et consigné dans un tableau (pour chaque thème et sous-thème de chacune des trois dimensions d'analyse), les différents éléments du discours qui ont émergé dans les deux groupes d'intervenants de l'école. Chacun de ces tableaux présente, en les distinguant, les éléments du discours des enseignants et des autres intervenants de l'école.
- 2) Nous avons ensuite indiqué à côté de chaque propos le nombre d'individus (fréquence) utilisant ces propos identifiés à l'aide de codes. Aucune épuration des données n'a été effectuée. Nous avons retenu tous les éléments du discours, même ceux qui sont exprimés qu'une seule fois par un seul intervenant. La fréquence constitue en quelque sorte une mesure d'intensité dont il faut tenir compte dans le cadre de l'analyse des représentations sociales en fonction de la force d'un thème pour articuler la représentation dans le groupe en fonction de ses diverses implications.

Ces deux opérations ont permis de non seulement obtenir une vue d'ensemble du discours des intervenants, mais également de faire émerger les idées les plus saillantes et organisatrices de leur discours par l'importance de la fréquence d'énonciation (nombre de personnes énonçant chaque idée ou propos) des sous-thèmes dans chacun des thèmes et les trois dimensions du modèle d'analyse. De plus, ces deux opérations ont permis de caractériser et de contraster le discours des enseignants en fonction de celui des autres

intervenants de l'école, compte tenu de la dynamique des interactions sociales, objet de l'étude de cas.

Résumé des opérations réalisées lors du troisième temps d'analyse

- 1 - Analyse verticale de chaque corpus d'entrevue pour préciser et affiner les différents thèmes et sous-thèmes qui ont émergé lors du second temps de l'analyse.
- 2- Analyse transversale des corpus d'entrevues pour faire émerger les convergences et les divergences dans le discours selon les deux groupes (groupe enseignant et autres intervenants de l'école).
- 3- Résumé des différents éléments du discours transposés dans un tableau (pour chaque thème et sous-thème de chacune des trois dimensions d'analyse), dans les deux sous-populations (groupe enseignants et autres intervenants de l'école).
- 4- Indication du nombre d'individus (fréquence) utilisant chaque propos.

3.5.3 Méthode d'analyse des associations de mots réalisées lors de la troisième phase de la recherche

À partir de la tâche d'associations de six mots, appelés inducteurs « *Enfant* », « *Hyperactivité* », « *Médicament* », « *Ritalin* », « *Discipline* », « *Rôle de l'école* », a résulté un total de 486 mots, appelés induits, qui ont été associés aux inducteurs par les intervenants interrogés dans les deux groupes. Ces 486 mots ont fait l'objet d'une suite de catégorisations successives de la plus fine à la plus générale jusqu'à l'obtention d'un nombre minimal de catégories sémantiques d'induits pour chaque inducteur par rapport au nombre d'individus de notre population. Ainsi, à chaque inducteur correspondent plusieurs catégories d'induits. Cette catégorisation sémantique permet de ramener les réponses des sujets à un langage commun sous forme de catégories d'induits tout en restant au plus près du sens premier donné par les sujets (Garnier et coll., 1999, 2000, 2002). Les 486 réponses des intervenants ont donc été regroupées par unités de sens, en nous inspirant de la démarche proposée par Garnier (1999); (Garnier et coll. 2000b, 2005) ce qui a donné lieu à une première opération de catégorisation des induits.

3.5.3.1 Catégorisation des induits associés à chaque inducteur

La première étape correspond à *la réduction des induits à la forme canonique et à la proximité sémantique*. À partir de la liste brute des mots induits, cette première étape consiste à opérer un premier nettoyage du corpus des données en gardant les mots exacts induits par les sujets et, lorsqu'il s'agit de phrases ou d'expressions qui sont émises par les sujets, en réduisant celles-ci au mot indicateur du sens de l'expression. Par exemple: « Ces enfants hyperactifs il faut les aimer » devient « il faut les aimer ». Cette opération vise à dégager une première idée générale du sens donné par chaque sujet à chaque mot inducteur.

La seconde étape correspond à la *première phase de catégorisation*. Elle consiste à effectuer, pour chaque mot inducteur, une première catégorisation où chaque induit est réduit à la catégorie sémantique la plus proche. Lorsque l'association du sujet correspond à un mot, la catégorisation est relativement simple. Par contre, lorsque les sujets ont associé une phrase entière ou un groupe de mots au mot inducteur, la catégorisation est plus difficile à réaliser et devient plus complexe parce qu'elle fait intervenir une part d'interprétation pour le chercheur qui se doit de tenir compte des acceptions traditionnelles dans la langue usuelle pour rester au plus près du sens donné par le sujet dans son association, tout en réduisant celle-ci à une catégorie sémantique plus large. Pour ce faire, il s'avère nécessaire d'interpréter la phrase ou le groupe de mots induits et, lorsque la complexité ou la polysémie de la phrase ou du groupe de mots l'impose, de faire un choix sur le sens qui prévaut dans la phrase ou le groupe de mots. De cette façon, certaines informations sont inévitablement perdues, mais cette perte est généralement limitée étant donné que pour rester le plus près du sens de l'induit, le mot central de la phrase ou le groupe de mots donné par le sujet est systématiquement conservé. Par exemple : « Il faut toujours les aimer ces enfants hyperactifs » devient : « Faut aimer enfants hyperactifs ». Cette opération est réalisée sans nous soucier de la place de l'association (1^{er}, 2^e ou 3^e induit) pour ne pas influencer le choix des catégories effectuées et/ou nos éventuels choix sémantiques. Par ailleurs, il faut être conscient que ce processus de réduction de données fait inévitablement intervenir une part

d'interprétation parce qu'il est la production ou la « résultante de la construction du chercheur ».

La troisième étape consiste à *homogénéiser les sous-catégories indépendamment de tout autre élément*. Homogénéiser signifie ici avoir un regard d'ensemble sur la totalité des sous-catégories pour pouvoir retracer certaines erreurs qui peuvent se glisser comme le repérage de deux catégories équivalentes nommées différemment. Il s'agit sans aucun doute de l'opération la plus délicate et qui a nécessité, dans le cas qui nous concerne, qu'elle soit validée par deux autres personnes pour éviter les sources d'erreur possible. Le but de cette suite de catégorisations est double. D'une part, elle permet de regrouper les différentes réponses par unité de sens pour cerner les caractéristiques principales des représentations sociales des sujets. D'autre part, elle sert aussi à obtenir un nombre de catégories d'induits suffisamment restreint pour être traité tout en restant le plus près possible du sens premier des réponses données par les sujets.

Ce premier traitement des associations de mots a ensuite donné lieu à différents niveaux d'analyse, du plus global au plus spécifique, afin de mettre systématiquement en lumière le mode d'organisation et de structuration des représentations sociales, mais aussi dans le but d'en dégager les principes organisateurs.

3.5.4 Les quatre niveaux d'analyse des épreuves d'associations de mots

3.5.4.1 *Premier niveau : caractérisation globale des populations à l'aide du test du chi-deux*

Un premier niveau d'analyse exploratoire a été effectué afin d'examiner le comportement global de chacun des deux groupes (groupe enseignants et autres intervenants de l'école) à la tâche d'associations de mots. Le test statistique du chi-deux a été utilisé afin de vérifier s'il existait une structure liant les deux groupes à l'un ou à plusieurs des mots inducteurs. Il a pu être réalisé en réduisant à 2 ou 3 catégories selon la méthode décrite précédemment, le nombre de catégories soumises à l'analyse afin que le nombre de variables ne dépasse pas le nombre de sujets. Cette réduction du nombre de catégories permet de discerner les principaux éléments qui organisent les associations de mots.

Pour chacun des six mots inducteurs, la répartition des effectifs est présentée sur la base de la fréquence absolue des catégories et en fonction de leur ordre d'association (1^{er} mot, 2^e mot, 3^e mot) car, contrairement à la fréquence relative, elle permet une appréciation plus juste de l'équilibre des catégories en raison du nombre restreint de sujets. La répartition des effectifs des catégories d'induits permet ensuite une première caractérisation des groupes (enseignants et autres intervenants de l'école) et leur part globale dans la formation des catégories.

Bien que ce premier niveau d'analyse ait été réalisé dans une perspective exploratoire, les résultats au test du chi-deux ont pu guider et orienter le choix des analyses subséquentes et ont conduit, en particulier, à réaliser une analyse descriptive plus détaillée des catégories d'induits et procéder à une caractérisation plus fine et nuancée des discours en fonction des deux groupes de notre population.

3.5.4.2 Second niveau : analyse descriptive et caractérisation des groupes d'intervenants de l'école par mot inducteur

Dans le second niveau d'analyse, les induits associés à chacun des mots inducteurs ont été regroupés en catégories beaucoup plus fines que dans l'analyse précédente, soit de cinq à sept catégories selon les mots inducteurs.

Pour chacun des six mots inducteurs, les catégories d'induits correspondantes et leur importance relative sont présentées et consignées dans des tableaux. La répartition des effectifs des catégories d'induits permet ainsi de procéder à une seconde catégorisation des deux groupes d'intervenants de l'école (groupe enseignant, autres intervenants). Ces effectifs sont présentés de deux façons différentes et complémentaires : soit par rapport à l'effectif total pour chaque sous-groupe, soit par rapport à l'effectif total de la catégorie en question. Dans chacun des cas, cette différenciation, faisant l'objet du calcul de pourcentage, met en perspective les contributions de chacun des groupes d'intervenants et leur part globale dans la formation de la catégorie.

3.5.4.3 Troisième niveau d'analyse : analyse de la « prototypicalité » de la représentation sociale

Dans le troisième temps de l'analyse des associations de mots, la méthode est complémentaire à celle qui a été utilisée lors des analyses précédentes en ce qu'elle permet d'examiner et de traiter les mots induits associés à chaque inducteur sous un angle tout à fait différent, c'est-à-dire en termes « d'éléments » et de « relations ». Si cette technique, développée à l'origine par Vergès (1992, 1994) a été généralement utilisée dans la perspective du noyau central, elle ne se limite cependant pas à ce seul cadre, car elle peut éventuellement être exploitée pour repérer les éléments qui semblent les plus « saillants » ou les plus « significatifs » (Abric, 2003) de la représentation sociale.

Cette technique consiste à l'aide d'une analyse lexicographique de croiser deux critères possibles de « prototypicalité » d'une représentation sociale: celui de la fréquence d'apparition et celui du rang d'apparition (Vergès, 1992, p.92) des mots induits. Concrètement, dans le cas qui nous concerne, elle consiste à faire correspondre à chaque catégorie d'induits sa fréquence et son rang moyen d'émission dans la séquence de production continuée (rang moyen calculé à partir des rangs des diverses occurrences sur l'ensemble de la population). On distribue ensuite les catégories en deux classes, de part et d'autre de la fréquence médiane : on procède de même pour les rangs de réponses. On obtient alors un tableau 2 x 2 dans lequel chaque type se trouve localisé à l'intérieur d'une case. Le croisement du rang (mots induits énoncés en premier, en second ou en troisième) et de la fréquence d'apparition (fréquences élevées ou fréquences faibles) conduit à un tableau à quatre cases (tableau à double entrée croisant ainsi la fréquence d'apparition avec le rang des induits) (Abric, 2003). Ainsi, le croisement de ces deux critères détermine quatre configurations possibles : 1) association très fréquente et plutôt citée en premier; 2) association très fréquente et plutôt citée en dernier; 3) association peu fréquente et plutôt citée en premier; et 4) association peu fréquente et plutôt citée en dernier (Abric, 2003; Moliner et coll., 2002).

Selon Vergès (1992, 1994) les associations correspondant à la première configuration relèveraient probablement du noyau central de la représentation, car elles reflètent une congruence positive entre les deux critères (très fréquents et évoqués en premier). Elle renvoie ainsi à l'idée de départ de ce même auteur qui se demandait si le fait « d'énoncer un terme en tout premier plutôt qu'en dernier, après s'être creusé la tête pour le trouver, n'est pas aussi un critère pertinent » (Vergès, 1992, p. 204) à considérer. Le cas 4, à l'inverse, refléterait plutôt la zone périphérique de la représentation sociale. Les deux cas de figures restants donnent des informations ambiguës puisque dans un cas (3), le rang d'apparition est important, mais la fréquence est faible et dans l'autre (2), c'est l'inverse. Cette ambiguïté s'interprète en considérant que ces deux configurations constituent, toujours selon Vergès (1994), une zone potentiellement instable, source de changement possible de la représentation (Moliner et coll., 2002).

Dans le cadre particulier de cette étude, l'intention n'est pas de repérer les éléments constitutifs du noyau central, mais plutôt d'examiner ce qui structure la représentation par des éléments s'imposant plus que d'autres et d'analyser la façon dont s'articulent ces éléments dans les deux groupes d'intervenants de l'école.

3.5.4.4 Quatrième temps de l'analyse d'associations de mots : analyses factorielles des correspondances multiples (AFCM)

Afin d'approfondir le mode de structuration des représentations sociales, les associations de mots induits ont été soumises, dans la dernière phase d'analyse, à des analyses factorielles des correspondances multiples (AFCM) réalisées à l'aide du logiciel SPAD-N. Ce type d'analyse permet de préciser les relations qui s'établissent entre les éléments constitutifs des représentations sociales en vue de mettre en évidence le mode d'organisation qui se forme.

L'analyse factorielle des correspondances multiples ou AFCM, correspond pour reprendre les termes de l'équipe de chercheurs de Genève (Doise, Clémence et Lorendi-Cioldi, 1992), à une analyse des correspondances simples (ou AFC, sur un tableau particulier). Il s'agit d'une technique de décomposition en facteurs linéaires qui traite des covariations et de l'hétérogénéité des réponses individuelles. Elle permet ainsi de

repérer la liaison entre les diverses composantes des représentations et d'établir les relations entre ces composantes représentationnelles et les insertions des individus dans des groupes de divers statuts sociaux. Le logiciel calcule la distance sur la base du chi-deux entre chaque variable du point de vue des fréquences et projette ces variables sur un graphique à deux axes en fonction de la distance qui les sépare. Les coordonnées ainsi obtenues désignent leur contribution sur les axes. Ces axes correspondent aux principes organisateurs de prise de position de la représentation sociale (Doise, Clémence et Lorendi-Cioldi, 1992). Cette analyse fournit la contribution relative du facteur à chacune des modalités traitées et la contribution absolue (jusqu'à quel point le facteur rend compte de la variation d'une modalité) ce qui s'avère particulièrement utile lorsque les dimensions et la complexité des relations ne permettent pas une compréhension aisée du contenu des représentations (Doise et Clémence, 1992).

Cette analyse a permis de préciser le mode de structuration des représentations sociales pour chacun des six mots inducteurs et d'en dégager les principes organisateurs de prise de position (Doise, 1992).

CHAPITRE IV

Analyse du contexte de l'école à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante

4. LE CONTEXTE DE L'ÉCOLE : PREMIÈRE PHASE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse du contexte de l'école réalisée lors de la première phase de la recherche dont le but est de dégager un portrait descriptif des différents modes d'organisation et de structuration des services et des ressources disponibles dans l'école (prise en charge du TDA/H et le suivi de la médication auprès des élèves) de la présente étude.

Rappelons brièvement que deux approches furent utilisées et suivies en parallèle pour réaliser cette première phase : d'une part, une analyse documentaire et d'autre part une préenquête réalisée sous forme de trois entretiens informels menés auprès des intervenants clés de l'école. Au final, 16 documents que nous avons déjà eu l'occasion de présenter dans le chapitre de la méthodologie, de nature très différente et provenant de sources aussi très différentes ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique qui sert de cadre général à l'analyse. Compte tenu que plusieurs informations concernant le contexte de l'école étaient impossibles à retracer dans les documents consultés et que nous voulions, par ailleurs, approfondir les données recueillies lors de l'analyse documentaire, la préenquête fournit de nouveaux indicateurs utiles et complémentaires à l'analyse.

L'ensemble de ces données a permis de mettre en évidence différents thèmes et sous-thèmes qui ont émergé au fur et à mesure du déroulement de cette première phase de la recherche et que l'on peut regrouper globalement suivant trois niveaux d'analyse successifs et complémentaires :

Le **premier niveau**, de type descriptif, permet de dresser un portrait socio-économique et sociodémographique de l'école, en fournissant des données précises sur

les caractéristiques des élèves, des familles et du personnel de l'école. Comprendre le contexte de l'école et de son fonctionnement global c'est d'abord être en mesure de décrire les différents groupes en présence dans une situation donnée (Moliner et coll., 2002) et de parvenir à effectuer une description détaillée de cette population. Dans un souci d'efficacité et de réalisme, il a donc semblé judicieux de restreindre l'analyse, dans un premier temps, à une description de ces différents groupes afin d'en préciser les principales caractéristiques en recherchant systématiquement tous les indicateurs pouvant permettre de retracer le nombre d'enfants diagnostiqués du TDA/H et soumis à une médication psychostimulante dans le cadre particulier de cette école.

Ce premier niveau est complété, lors **du second niveau**, par une analyse beaucoup plus fine et détaillée du fonctionnement de l'école en ciblant plus précisément les différents modes d'organisation des services et des ressources de l'école dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H. Pour ce faire, plusieurs informations recueillies lors des discussions informelles avec les intervenants de l'école et à partir des différents documents consultés sur le site Internet de la Commission scolaire ont permis de constater que ces services ne sont pas déterminés de façon aléatoire, mais sont au contraire largement guidés par les différentes orientations de la politique d'adaptation scolaire proposée par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (Ministère de l'Éducation. Gouvernement du Québec, (1999). Une école adaptée à tous ses élèves. Politique de l'adaptation scolaire. Prendre le virage du succès) et qui a des répercussions importantes sur la façon de concevoir l'adaptation scolaire et l'organisation des services. Cette politique sert en effet de balise au fonctionnement de l'ensemble des écoles et des commissions scolaires du Québec dont l'orientation fondamentale est de « guider toute intervention à effectuer dans le domaine de l'adaptation scolaire » (p. 17). Étant donné que c'est dans le contexte de cette politique que s'inscrivent également les services offerts aux élèves présentant un TDA/H dans le milieu scolaire, l'analyse des grandes orientations de cette politique s'est donc avérée incontournable et nécessaire. Cette investigation fournit ensuite le cadre général à partir duquel est réalisée, dans le **troisième niveau d'analyse**, une investigation détaillée des modes d'organisation des services et des ressources disponibles dans le cadre particulier de l'école qui nous occupe dans cette étude.

Les prochaines sections présentent les différents thèmes et sous-thèmes, les différentes sources documentaires qui ont servi de cadre général à ces trois niveaux d'analyse ainsi que les informations recueillies lors de la préenquête qui permettent au fur et à mesure de nuancer et de préciser l'analyse documentaire.

4.1 Profil socio-économique de l'école et profil sociodémographique des principaux groupes d'acteurs

Les différents documents consultés (voir tableau 4.1) fournissent des données précises sur les caractéristiques des élèves, des familles et le personnel de l'école

Tableau 4.1
Profil socio-économique de l'école et profil sociodémographique
des principaux groupes d'acteurs

Thème	4.1. Profil socio-économique de l'école et profil sociodémographique des principaux groupes d'acteurs
Sous-thèmes	4.1.1 Les caractéristiques de l'école et des élèves 4.1.2 Les caractéristiques des familles 4.1.3 Les caractéristiques du personnel de l'école 4.1.4 Taux de prévalence du nombre d'élèves diagnostiqués de TDA/H et soumis à une médication psychostimulante dans le cadre de l'école
Titres des documents consultés	- Présentation générale de l'école - Analyse de la situation de l'école 2002-2003 - Plan de réussite 2002-2003
Catégorie de documents	Documents officiels produits par la direction de l'école
Source du document	Directeur et directeur adjoint

4.1.1 Les caractéristiques de l'école et des élèves

L'école se situe dans un quartier résidentiel de l'arrondissement du sud-ouest de la région de Montréal. La clientèle de l'école se compose de 593 élèves (315 filles et 278 garçons) âgés de 5 à 13 ans partagés dans 4 classes de niveau préscolaire, dont une maternelle accueil et 23 classes régulières réparties dans tous les niveaux scolaires (de la maternelle à la 6^e année). Le tableau 4.1.1 présente la répartition du nombre d'élèves suivant les niveaux scolaires.

Tableau 4.1.1
Répartition du nombre des élèves suivant les niveaux scolaires

Niveau scolaire	Nombre d'élèves
Maternelle accueil	18
Maternelle régulière	52
Première année	90
Deuxième année	81
Troisième année	76
Quatrième année	103
Cinquième année	100
Sixième année	73

La proportion d'élèves ayant le français comme langue maternelle s'établit à 45 %. On y retrouve 34 langues maternelles différentes dont les plus importantes, outre le français, sont l'anglais, l'espagnol, l'arabe, le chinois et le pendjabi représentant ainsi une soixantaine de pays. Le pourcentage d'élèves issus d'une autre culture est de 38,4 %. Selon les données statistiques fournies par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), l'école, en termes d'élèves provenant de différentes cultures, occupe la 116^e position sur l'Île de Montréal sur un total de 347 écoles; ce qui la situe dans le premier tiers de l'ensemble des écoles sur le plan multiculturel.

La religion catholique est prédominante dans l'ensemble de l'école dans une proportion de 60 %. Les autres religions se partagent comme suit : 6 % de religion protestante, 26 % sont d'une autre religion et 8 % se disent athées.

4.1.2 Les caractéristiques de la famille

Au total, l'école comporte 485 familles. Sur ces 485 familles, 117 ont plus d'un enfant. Le nombre moyen d'enfants par famille est de 1,2 soit une proportion supérieure de 0,1 à celle observée dans l'arrondissement dans lequel se situe l'école qui est de 1,1.

Les familles proviennent de tous les niveaux socio-économiques. Ainsi, 36,8 % des familles sont sous le seuil de la pauvreté, tandis que 63,2 % se situent dans la classe

moyenne à moyenne élevée. Le revenu moyen des familles est de 45,091 \$. Presque 12 % des familles proviennent de l'extérieur du Canada. Les statistiques selon la répartition en nombre des élèves inscrits à l'école selon leur lieu de naissance est la suivante : Québec (520), ailleurs au Canada (4) et autres lieux (69).

4.1.3 Les caractéristiques du personnel

La direction de l'école est entièrement assumée par le directeur de l'école appuyé par un directeur adjoint. Le personnel de soutien administratif est composé d'une secrétaire d'école à plein temps et d'une agente de bureau occasionnelle. Le personnel de soutien d'entretien est composé d'un concierge de jour et d'un de nuit. L'équipe du service de garde comprend trois responsables et 11 éducatrices. L'équipe du service de dîner est composée de 5 surveillantes.

L'équipe d'enseignants(es) se compose de 27 titulaires, une orthopédagogue, une spécialiste en soutien linguistique, une spécialiste d'anglais langue seconde, une spécialiste d'arts plastiques, une spécialiste de musique et deux spécialistes d'éducation physique. Des services spécialisés sont également offerts aux élèves en difficulté d'apprentissage ou de comportement. Le tableau 4.1.3 présente la liste de ce personnel ainsi que le nombre de jours/semaine où ils sont généralement présents à l'école pour offrir des services aux élèves.

Tableau 4.1.3
Horaire de travail des spécialistes de l'école

Spécialistes	Nombre de jours/semaine
Psychologue	2
Orthophoniste	1,5
Psychoéducatrice	2 ou 3
Infirmière du CLSC	2,5
Travailleuse sociale	2,5
Hygiéniste dentaire	2,5

À ces services, s'ajoutent deux stagiaires en ergothérapie de l'Université de Montréal dans le cadre d'un programme de partenariat établi depuis deux ans avec l'école. La présence de ces stagiaires est perçue par le directeur de l'école ainsi que par trois enseignantes de l'école qui accueillent régulièrement ces stagiaires dans leur classe comme une aide supplémentaire fort utile pour mieux encadrer certains élèves présentant des problèmes d'apprentissage. Un éducateur spécialisé intervient également auprès de ces élèves présentant un retard du développement

4.1.4 Taux de prévalence du nombre d'élèves diagnostiqués de TDA/H et soumis à une médication psychostimulante dans l'école

Après avoir spécifié autant que peut se faire le profil socio-économique de l'école et sociodémographique des principaux groupes d'acteurs, nous avons aussi voulu approfondir les caractéristiques des élèves, mais cette fois-ci en précisant le nombre d'élèves effectivement diagnostiqués du TDA/H et soumis à une médication psychostimulante dans le cadre de l'école. Cette investigation a pu être réalisée, dans un premier temps, à l'aide d'une préenquête effectuée par le directeur d'école auprès de tous les enseignant(e)s de chaque niveau scolaire (de la maternelle à la 6^e année) et, dans un deuxième temps, au cours de rencontres informelles avec les intervenantes psychosociales et de l'infirmière de l'école. Cette démarche s'est avérée nécessaire étant donné que ces informations étaient impossibles à retracer dans les différents documents analysés et qu'aucun fichier centralisé dans le cadre de l'école ou à la Commission scolaire ne permettait d'accéder à ce type d'informations. Le but est non seulement de préciser le taux de prévalence du TDA/H et de consommation de psychostimulants dans le cadre particulier de cette école, mais aussi de comparer et de contraster cette information à certaines données statistiques et notamment celles qui ont été obtenues dans une étude réalisée par Cohen et coll., (1999) dans des commissions scolaires de la région de Laval qui est la seule, à notre connaissance, à avoir réalisé une telle investigation dans les écoles.

4.1.4.1 Le taux de prévalence du TDA/H chez les élèves de l'école

Sur la population des 593 élèves de l'école, quatre-vingt-un (81) élèves en difficulté d'adaptation scolaire ou d'apprentissage recevaient pour l'année scolaire

2002-2003 (soit l'année où ont été réalisées les différentes phases de recherche de la présente étude) un service adapté à leurs besoins. De ce nombre, 23 élèves répartis dans tous les niveaux scolaires (de la maternelle à la 6^e année) présentent des symptômes associés à un TDA/H. Un plan d'intervention individualisé et adapté aux besoins de ces élèves a également été mis en place pour assurer un suivi psychosocial par les spécialistes de l'école (psychoéducatrice, psychologue ou orthopédagogue). Tous ces élèves sont intégrés dans les classes régulières. Cinq de ces enfants sont également suivis par d'autres professionnels de la santé (médecins omnipraticiens, médecins spécialistes ou psychologues) dans des cliniques privées ou en milieu hospitalier.

Selon les informations obtenues auprès de la psychologue et de la psychoéducatrice de l'école, chez les élèves présentant des symptômes du TDA/H, les difficultés identifiées peuvent être regroupées, globalement, selon les trois types de critères diagnostiques suivants :

- *Premier critère diagnostique* : les élèves présentent un trouble déficitaire de l'attention;
- *Deuxième critère diagnostique* : les élèves présentent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité;
- *Troisième critère diagnostique* : les élèves présentent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité auquel s'ajoutent des problèmes de comportement.

Sur le nombre estimé à 23 élèves par les intervenants de l'école, on remarque comme l'indique le tableau 4.1.2.1.a, une répartition très différente selon le sexe. Le ratio global garçon/fille est de 19:4.

Tableau 4.1.4.1.a
 Estimation du nombre d'élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H
 selon le sexe dans le cadre de l'école de la présente étude

Sexe	Trouble déficitaire de l'attention	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et problèmes de comportement	Total
Féminin	3	1	0	4
Masculin	2	9	8	19
Total	5	10	8	23

On remarque également que les deux critères diagnostiques les plus importants soit le trouble déficitaire de l'attention ainsi que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité auquel s'ajoutent des problèmes de comportement, représentent majoritairement les garçons (10 garçons présentent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et 8 garçons présentent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et divers problèmes de comportement). Aucune fille ne présente l'un ou l'autre de ces critères, celles-ci au nombre de trois dans l'ensemble de l'école présentent plutôt un déficit de l'attention.

Le taux général d'élèves présentant l'un ou l'autre de ces critères diagnostiques est aussi présenté dans le tableau 4.1.4.1b selon le sexe, mais aussi en fonction du niveau scolaire qui montre des différences marquées d'un niveau à l'autre. De la 2^e année à la 4^e année, le nombre de garçons présentant des critères associés au TDA/H augmente de façon significative chez les garçons, pour ensuite diminuer progressivement et se stabiliser en 5^e et 6^e année. Contrairement aux garçons, le nombre de filles qui présentent un déficit de l'attention est beaucoup moins important et présente une répartition plutôt homogène de la première à la quatrième année.

Tableau 4.1.4.1.b
 Estimation du nombre d'élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H
 selon les intervenants dans le cadre de la présente école
 en fonction du sexe et du niveau scolaire

Niveau scolaire	Trouble déficitaire de l'attention		Trouble déficitaire de l'attention avec hyper-activité		Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et problèmes de comportement		Effectif total des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H par niveau scolaire	
	F	G	F	G	F	G	Fréquence relative	%
Maternelle accueil						1	1/18	5,6
Maternelle régulière		1					1/52	1,9
Première année	1			2			3/90	3,3
Deuxième année	1		1	2		2	6/81	7,4
Troisième année				3		3	6/76	7,9
Quatrième année	1	1		2		1	5/103	4,8
Cinquième année						1	1/100	1
Sixième année				1			1/73	1,4
Total	3	2	1	10		8	Taux moyen 4,2 %	

Le taux moyen de 4,2 % d'élèves présentant des critères diagnostiques associés à un TDA/H dans l'ensemble de l'école reflète fidèlement le taux de prévalence généralement rapporté dans les études réalisées en Amérique du Nord et en particulier par l'*American Psychiatric Association*, qui situe ce taux entre 3 % et 5 % chez les enfants d'âge scolaire et le ratio garçons/filles varie de 4:1 à 9:1 selon les populations étudiées (*American Psychiatric Association*, 1994). Ce résultat confirme également les données épidémiologiques rapportant des différences significatives du taux de prévalence du diagnostic du TDA/H selon le sexe. Selon les intervenants de l'école avec qui nous avons discuté de la situation, cette différence s'explique par le fait que les

garçons présentent en effet et de façon générale beaucoup plus de problèmes de comportement et d'autres problèmes extériorisés (problèmes d'apprentissage, impulsivité, problèmes d'apprentissage) que les filles qui se greffent aux différents symptômes d'hyperactivité observés. Ils mentionnent également que ces différents problèmes rendent également très difficile de trancher entre ce qui relève d'un véritable trouble associé au TDA/H de ce qui relève d'autres difficultés que présentent certains de ces garçons. Ce constat conduit ainsi à se demander, à la suite de Cohen et coll., (1999), si les comportements d'hyperactivité ou les problèmes de comportement des garçons reçoivent un traitement différent de celui des filles dans le milieu scolaire.

4.1.4.2 La prévalence du taux de consommation de psychostimulants parmi les élèves de l'école.

Le taux de prévalence du taux de consommation de psychostimulants parmi les élèves de l'école affiche un profil très similaire, comme l'indique le tableau 4.1.4.2 à celui observé pour les critères diagnostiques du TDA/H. En effet, l'examen du nombre d'élèves consommant une médication psychostimulante indique une importante progression chez les garçons de la deuxième à la quatrième année, atteignant son apogée en 3^e année, pour ensuite diminuer et se stabiliser de la 4^e à la 6^e année. Contrairement aux garçons, le nombre de filles consommant une médication psychostimulante est inférieur, relativement homogène et concentré au premier cycle du primaire, soit en première et deuxième année.

Tableau 4.1.4.2.b
Taux de prévalence des élèves de l'école soumis à une médication psychostimulante

Degré scolaire	Répartition des élèves de l'école selon le sexe et le niveau scolaire soumis à une médication psychostimulante		Effectif total des élèves consommant une médication psychostimulante par rapport au nombre total d'élèves dans les classes	
	F	G	Fréquence relative	%
Maternelle accueil			0/18	0
Maternelle régulière		1	1/52	1,9
Première année	1		1/90	1,1
Deuxième année	1	2	3/81	3,7
Troisième année		4	4/76	5,3
Quatrième année		2	2/103	1,9
Cinquième année		1	1/100	1
Sixième année		1	1/73	1,4
Total	2	12		Taux moyen : 2

Le taux moyen de consommation de 2 % chez les élèves de cette école est toutefois légèrement en dessous du taux de prévalence du TDA/H généralement cité dans les études en Amérique du Nord qui rapportent des taux variant de 3 à 5 %. Il se distingue aussi du taux rapporté de 4,6 % chez les élèves du primaire réalisé, il y a quelques années dans des écoles primaires de la région de Laval (Cohen et coll., (1999). Par ailleurs, le taux de consommation le plus élevé chez les garçons de 3^e année concorde totalement avec cette étude qui avait obtenu des résultats similaires. Ce phénomène qui semble récurrent conduit inévitablement à s'interroger, d'une part, sur la manière dont les problèmes des élèves présentant un TDA/H sont gérés dans le cadre particulier de l'école primaire, mais aussi, d'autre part, sur les différents moyens dont disposent les intervenants scolaires pour résoudre les problèmes rencontrés lorsqu'il

s'agit d'évaluer ces problèmes et de mettre en place des modes d'intervention appropriés à ces élèves.

C'est donc dans cette perspective que nous avons cherché à examiner de plus près la situation. Une telle investigation, a donc conduit, comme nous l'avons mentionné précédemment, à considérer plus précisément les grandes orientations proposées dans la politique du ministère de l'Éducation en matière d'adaptation scolaire, étant donné qu'il s'agit du cadre général de référence au fonctionnement de l'ensemble des écoles et des commissions scolaires du Québec. Cette investigation s'est avérée incontournable pour pouvoir ensuite mieux comprendre le fonctionnement particulier de l'école qui nous préoccupe dans le cadre de cette étude.

4.2 Modes d'organisation et de structuration des services offerts dans le cadre de l'école inscrite dans une politique de l'adaptation scolaire

Depuis plusieurs années, au Québec, la préoccupation de répondre de façon plus appropriée aux besoins particuliers des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) est très présente dans le réseau scolaire. Il faut toutefois mentionner que cette préoccupation n'est cependant pas récente, car déjà un avis émis par le Conseil supérieur de l'éducation, en 1996, soulignait l'importance de développer et de mettre en place de nouvelles approches et de nouveaux modes d'intervention pour favoriser une meilleure intégration de ces élèves dans le milieu scolaire. C'est aussi dans cette période et dans la foulée de la nouvelle réforme de l'éducation que le ministère de l'Éducation du Québec rendait publique la politique en matière d'adaptation scolaire (1999). La problématique du TDA/H ne fait pas exception à cette politique qui a d'ailleurs donné lieu à la publication d'un plan d'action conjoint entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux, rendu public en 2000, pour mieux soutenir les jeunes présentant un trouble de déficit de l'attention/Hyperactivité (TDA/H).

4.2.1 Plan d'action concerté entre le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le processus de prise en charge des jeunes présentant un TDA/H

Ce plan d'action conjoint entre le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁵ (voir tableau 4.2.1), donne suite à un rapport, également rendu public, d'un comité-conseil mis sur pied en mars 1999 par ces deux ministères afin de faire le point sur la situation et la controverse existant à propos de l'usage croissant de stimulants du système nerveux central (SSNC) dont le méthylphénidate (Ritalin®) chez les jeunes qui présentent un TDA/H. Il s'adresse à tous les acteurs directement concernés par cette situation, notamment, les parents, le personnel des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux dans le but de répondre plus précisément aux nombreuses préoccupations que les uns et les autres ont exprimées au cours des dernières années à propos du taux de prévalence croissant des enfants diagnostiqués et soumis à une médication psychostimulante.

À la suite du travail de réflexion et aux différentes recommandations émises par le Comité-conseil, différentes mesures ont été proposées pour créer un contexte favorable afin de soutenir les différents acteurs concernés dans leurs modes d'intervention auprès de ces jeunes.

⁵ Ce plan d'action a déjà été présenté dans le premier chapitre de façon globale et est repris ici dans le détail pour les fins de la discussion.

Tableau 4.2.1
Un Plan d'action concerté entre le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ)
et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
dans le processus de prise en charge des jeunes présentant un TDA/H

Thème	4.2.1 Plan d'action concerté entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le processus de prise en charge des jeunes présentant un TDA/H.
Sous-thèmes	4.2.1.1 Les différentes mesures proposées servant de cadre de référence pour améliorer les modes d'intervention auprès des jeunes ayant un TDA/H. 4.2.1.2 Un plan d'action inscrit dans une politique d'adaptation scolaire.
Titres des documents consultés	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation (2000). TDA/H. Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Plan d'action. - Gouvernement du Québec : ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). Rapport du Comité-conseil sur le TDA/H et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. - Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2001). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. - Gouvernement du Québec. ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). TDA/H. Trouble de déficit de l'Attention/hyperactivité Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et intervention. - Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (1999). <i>Une école adaptée à tous ses élèves</i>. Politique d'adaptation scolaire. Prendre le virage du succès.
Catégories de documents	Documents officiels publiés par le ministère de l'Éducation du Québec.
Sources du document	Site Internet de la Commission scolaire et du ministère de l'Éducation du Québec.

Les différentes mesures proposées dans le plan d'action visent à mieux cerner la situation des jeunes ayant ou présentant des symptômes du TDA/H en proposant des modes d'intervention adaptés à leurs besoins particuliers. Ainsi, tout en reconnaissant que ce trouble relève de causes biologiques ou génétiques, on y retrouve également l'importance de favoriser une approche globale afin de pouvoir prendre en considération l'ensemble des facteurs sociaux « pouvant contribuer à l'émergence des difficultés observées ». (p. 5). À ce titre, cette approche traduit ainsi le contexte dans lequel doit se faire l'intervention auprès de ces jeunes, c'est-à-dire alliant une approche préventive à celle favorisant une démarche de concertation entre les différents acteurs concernés. Elle s'inscrit également dans les grandes préoccupations actuelles de l'éducation et de la santé, soit la nécessité d'assurer une véritable concertation entre les différents groupes d'acteurs concernés afin de prévenir le plus possible les difficultés que peuvent présenter les jeunes présentant un TDA/H, et ce, dès les premières manifestations et avant même « qu'un diagnostic formel soit posé ».

4.2.1.1 Les différentes mesures proposées servant de cadre de référence pour améliorer les modes d'intervention auprès des jeunes ayant un TDA/H

Parmi les différentes mesures proposées par les deux ministères, on y retrouve, globalement, la recommandation suivante :

- 1) Suivre l'évolution des connaissances sur le TDA/H et la médication psychostimulante et en assurer la diffusion.

Pour atteindre cet objectif, les deux ministères prévoient :

- D'assurer une diffusion du plan d'action auprès de la population et des différents groupes d'acteurs concernés et des connaissances à partir de brochures d'information et la création d'un site Internet assurant cette diffusion.
- De diffuser ces connaissances à travers les différents sites Internet déjà existants dans les différents secteurs (organismes, associations, etc.) de la santé et de l'éducation.
- Implanter un système de surveillance des données précises sur les prescriptions de SSNC en lien avec le TDA/H en collaboration avec le

Collège des médecins du Québec, la Régie de l'Assurance maladie du Québec et l'Ordre des pharmaciens).

- 2) Développer une plus grande concertation entre les différents groupes d'acteurs concernés et soutenir les parents des jeunes présentant un TDA/H.

Dans cette perspective, plusieurs mesures sont proposées :

- Favoriser une plus grande mobilisation des intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation afin de « favoriser une compréhension commune du problème, des moyens d'intervention et des façons de travailler ensemble ». (p. 10)
 - Mobiliser les diverses instances concernées à coordonner leurs interventions en vue de favoriser l'accès aux ressources tant sur le plan local que régional (favoriser entre autres une démarche commune de planification et d'organisation des services entre les régies régionales de la santé et des services sociaux et les directions régionales de l'éducation).
 - Favoriser le développement de services de support et de soutien aux parents (service de répit, de dépannage, etc.), d'associations ou de regroupements de parents complémentaires à ceux déjà existants (par exemple, le Groupe PANDA).
- 3) Accroître l'accessibilité aux différentes ressources d'intervention pour soutenir les intervenants des milieux scolaires et de la santé en ce qui a trait à l'évaluation, le diagnostic et les modes d'intervention mis en place auprès des jeunes.

Différentes mesures sont également proposées pour favoriser cette plus grande accessibilité :

- Favoriser le travail de collaboration et de concertation entre les médecins et les professionnels de la santé, notamment les psychologues et les intervenants du milieu scolaire qui interviennent auprès des jeunes ayant un TDA/H;

- Mettre en place des programmes de formation des intervenants dans les domaines de l'éducation et de la santé et des services sociaux à propos de l'évaluation des problèmes présentés par les jeunes atteints d'un TDA/H et des plans d'intervention à mettre en place.

Parmi les différentes mesures déjà mises en place par les deux ministères pour soutenir les intervenants du milieu scolaire et les professionnels de la santé au regard de l'évaluation, du diagnostic, de l'intervention et du traitement, on peut mentionner la publication et la diffusion de lignes directrices émises conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2001) sur « Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central ». Un document d'accompagnement à la formation pour établir une base commune de connaissances a aussi été rendu public par les deux ministères en 2000 pour soutenir le travail de concertation entre les réseaux de l'éducation et de la santé et servant de guide à l'évaluation et à l'intervention auprès des jeunes atteints d'un TDA/H. Les différentes orientations concernant l'organisation des services adaptés à ces élèves dans le milieu scolaire sont précisées ainsi que l'urgence de concevoir la problématique du TDA/H non pas en tant que désordre attribuable uniquement à l'enfant, mais au contraire sous l'angle des besoins éducatifs que ce dernier manifeste et de la façon dont on parvient à y répondre dans le contexte scolaire.

En ce sens, on peut donc dire que ces initiatives s'inscrivent directement dans les différentes mesures préconisées de façon plus générale dans la Politique de l'adaptation scolaire (1999) proposée par le ministère de l'éducation du Québec dont une des voies d'action est justement de porter une attention à la situation des élèves à risques, notamment ceux qui ont une difficulté d'apprentissage ou relative au comportement, et déterminer des pistes d'intervention permettant de mieux répondre à leurs besoins.

4.2.2 Un plan d'intervention et une politique relative à l'organisation des services auprès des enfants présentant un TDA/H inscrit dans une politique d'adaptation scolaire

Sur ce thème, l'analyse documentaire (voir tableau 4.2.2) a permis de mettre en évidence les grandes orientations de la politique d'adaptation scolaire qui servent de

guide à la mise en place des services offerts aux élèves en difficultés d'adaptation dans le milieu scolaire dans l'ensemble des commissions scolaires et écoles du Québec.

Tableau 4.2.2

Un plan d'intervention et une politique relative à l'organisation des services auprès des enfants présentant un TDA/H inscrit dans une politique d'adaptation scolaire

Thème	4.2.2 Un plan d'intervention et une politique relative à l'organisation des services auprès des enfants présentant un TDA/H inscrit dans une politique d'adaptation scolaire.
Sous-thèmes	4.2.2.1 Les grandes orientations de la politique servant de cadre à l'intervention et à l'organisation des services en adaptation scolaire. 4.2.2.2 Une définition de la problématique du TDA/H ancrée dans une conception d'élèves « en difficulté » « à risque » ou ayant des « besoins particuliers ».
Titres des documents consultés	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (1999). <i>Une école adaptée à tous ses élèves</i>. Politique d'adaptation scolaire. Prendre le virage du succès. - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. (2000). <i>Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA): Définitions</i>. Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. (2004). <i>Le plan d'intervention au service de la réussite de l'élève. Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention</i>. - Conseil supérieur de l'éducation (1996). <i>L'intégration scolaire des enfants handicapés et en difficulté</i>, Québec, gouvernement du Québec . - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, (1997). <i>L'École tout un programme, énoncé de politique éducative</i>, Québec. - Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. (1976). <i>L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec: rapport COPEX</i>. Québec, ministère de l'Éducation.
Catégories de documents	Documents officiels publiés par le ministère de l'Éducation du Québec.
Sources du document	Site Internet de la Commission scolaire et du ministère de l'Éducation du Québec.

4.2.2.1 *Les grandes orientations de la politique servant de cadre à l'intervention et à l'organisation des services en adaptation scolaire*

Dans le cadre particulier de l'adaptation scolaire, plusieurs principes ont été redéfinis et certaines modifications ont été apportées pour fournir des balises plus claires concernant la façon de répondre aux besoins des jeunes en difficulté dans le milieu scolaire. On y retrouve plus précisément certains changements apportés à la Loi sur l'instruction publique, lesquels ont conduit à revoir la mission de l'école, mais aussi la façon de concevoir l'adaptation scolaire et l'organisation des services offerts aux jeunes en difficulté dans le milieu scolaire.

Ainsi, l'école a pour mission :

dans le respect du principe de l'égalité des chances, d'instruire, de socialiser et de qualifier les élèves, tout en les rendant aptes à entreprendre et à réussir un parcours scolaire. La qualification des élèves est désormais une préoccupation clairement exprimée. (p. 11)

En matière d'adaptation scolaire, chaque école a ainsi l'obligation d'élaborer un plan d'intervention adapté aux besoins de chaque élève handicapé ou en difficulté et conforme à la politique de la Commission scolaire portant sur l'organisation des services éducatifs aux élèves en difficulté selon leurs besoins et de l'évaluation de leurs capacités. Cette politique doit ainsi assurer :

....l'intégration harmonieuse de chacun de ses élèves dans une classe ou un groupe ordinaire et aux autres activités de l'école lorsque l'évaluation de ses capacités et de ses besoins démontre que cette intégration est de nature à faciliter ses apprentissages et son insertion sociale et qu'elle ne constitue pas une contrainte excessive ou ne porte pas atteinte, de façon importante, aux droits des autres élèves. (p. 13)

Il faut préciser toutefois que ces nouvelles orientations proposées dans le cadre de la politique d'adaptation scolaire ne relèvent pas de préoccupations nouvelles, car déjà le Conseil supérieur de l'éducation (1996, 2002) et le rapport COPEX sur l'Enfance inadaptée (Ministère de l'Éducation, 1976) à travers différents avis successifs, proposaient de revoir la façon de concevoir les élèves handicapés, en difficulté d'intégration ou d'apprentissage scolaire et de miser davantage sur les forces de ces élèves, leurs aptitudes et leurs habiletés plutôt que sur la simple évaluation de leurs

difficultés ou la recherche d'un diagnostic. Ces avis successifs ont d'ailleurs conduit à un changement de discours dans le système scolaire. Ainsi, on ne parle donc plus « d'enfance exceptionnelle » ou « d'enfance inadaptée », mais plutôt « d'adaptation scolaire, d'élève en difficulté, d'élève à risques ou encore d'élèves ayant des besoins particuliers. La problématique du TDA/H s'inscrit également dans cette nouvelle vision.

4.2.2.2 Une définition de la problématique du TDA/H qui s'inscrit dans une conception d'élèves « en difficulté » « à risques » ou ayant des « besoins particuliers »

Au Québec, ce changement de discours et de pratiques dans le milieu scolaire en ce qui concerne plus précisément les enfants hyperactifs ne peut être considéré indépendamment de la publication du rapport COPEX (ministère de l'Éducation, 1976) qui a largement contribué à ce phénomène en soulignant la difficulté de relier le modèle médical dans le cadre d'une démarche qui se veut avant tout éducative auprès de ces élèves. La terminologie centrée sur les symptômes cliniques ou le déficit a donc été remplacée progressivement par un nouveau discours orienté au contraire sur les forces et les différentes ressources de ces élèves et qui s'est traduit au fil des années par l'élaboration d'un nouveau système de classification proposé par le ministère de l'Éducation du Québec (2000) des élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage ou d'adaptation scolaire.

La terminologie « d'élèves à risques », utilisée au cours des dernières années dans le système scolaire regroupe dorénavant les enfants nécessitant un soutien particulier. Pour ces élèves, on préconise une évaluation de leurs capacités tout en se préoccupant davantage de la mise en place des conditions de leur réussite éducative que de la recherche d'un diagnostic. En effet, bien que les besoins et les caractéristiques propres à chaque élève en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage exigent de la part du personnel scolaire une intervention individualisée, des caractéristiques communes à certains élèves ont permis au MEQ d'établir deux grandes catégories d'élèves en fonction desquelles un niveau de ressources spécialisées est attribué aux commissions scolaires pour l'organisation des services éducatifs qu'ils offrent à ces élèves.

Une première catégorie comprend les élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, répartis en deux groupes. Dans le premier groupe se retrouvent, sous l'appellation d'élèves à risques, les élèves en difficulté. Les élèves atteints du TDA/H font partie de ce premier groupe. Le second groupe réunit les élèves qui ont des troubles graves du comportement (comportements agressifs ou destructeurs de nature antisociale, comportements répétitifs et persistants qui violent manifestement les droits des autres élèves ou les normes sociales propres à un groupe d'âge et qui prennent la forme d'agressions verbales ou physiques, etc.). Une deuxième grande catégorie comprend les élèves handicapés (déficience motrice légère ou organique ou déficience langagière, déficience intellectuelle moyenne à sévère, déficience intellectuelle profonde ou troubles sévères du développement, déficience physique grave, déficience auditive ou visuelle, etc.) impliquant les élèves limités dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative, sont atteints d'une déficience physique ou mentale ou qui utilisent régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap.

La catégorie « d'élèves à risques » touche plus précisément les élèves qui ont des caractéristiques statistiquement « probables » qu'elles soient physiques, cognitives, sociales ou comportementales, susceptibles d'entraver une adaptation ou un développement normal (Cadieux et Leduc, 1992). En ce sens, on peut donc dire qu'elle est également fondée sur la reconnaissance d'un besoin et sur une intention d'offrir un service à ces élèves rendant possible une réussite éducative, qui, autrement, demeurerait peu probable. Elle recouvre ainsi les élèves à « *risques d'échec* » qui présentent certaines caractéristiques, dont les suivantes :

- difficultés à atteindre les objectifs du Programme de formation de l'école québécoise;
- retard de langage expressif (autre que la déficience langagière);
- surréactifs (problèmes de discipline, d'attention et de concentration) ou sous-réactifs (très faible interaction avec les camarades de leur classe);
- difficultés ou troubles d'apprentissage;
- déficience intellectuelle légère;
- problèmes émotifs;
- troubles du comportement.

Sur le plan de l'intervention éducative, la question qui se pose dans le cas particulier des élèves qui présentent un TDA/H est de savoir comment les intervenants scolaires réussissent à intégrer dans leur pratique de tous les jours et à concilier cette nouvelle façon de concevoir l'hyperactivité qui mise sur les forces de ces élèves avec un modèle médical dont la perspective vise au contraire à poser un diagnostic, sur la base de la manifestation de symptômes, et selon les critères diagnostiques prédéterminés du DSM-IV? En d'autres termes, comment les intervenants scolaires peuvent-ils parvenir à concilier ces orientations, en apparence très divergentes, au profit des interventions éducatives auprès des enfants hyperactifs? En effet, dans la perspective médicale, la démarche d'évaluation est davantage centrée, comme l'indique la littérature dans le domaine que nous avons déjà eu l'occasion de présenter dans le premier chapitre, sur la présence et la détection de symptômes pour traiter les problèmes d'hyperactivité ou d'impulsivité associés à un TDA/H et prend alors l'enfant pour cible principale d'intervention, celui-ci étant en effet le porteur des symptômes (Lavoie, 2002). D'autre part, les nouvelles orientations en adaptation scolaire préconisent, au contraire, de porter moins attention aux difficultés de l'élève ainsi que sur les ressources de son environnement, lesquels sont susceptibles de favoriser des conditions plus adaptées à ses besoins particuliers. Pourtant, plusieurs données de la littérature montrent que la prépondérance de la perspective médicale en matière d'hyperactivité rend tout simplement difficiles l'émergence et le développement de nouvelles approches et pratiques (Lavoie, 2002, Reid, Maag et Vasa, 1993) plus adaptées à une intervention précisément éducative. Envisagé sous cet angle, le modèle d'intervention proposé dans la politique d'adaptation scolaire apparaît donc, à ce niveau, difficilement réconciliable avec le modèle médical.

Du point de vue de l'intervention éducative auprès des jeunes atteints d'un TDA/H, il ne s'agit pas de contester les différentes mesures envisagées dans la politique d'adaptation scolaire pour venir en aide à ces jeunes, mais plutôt de situer le problème dans le cadre plus large dans lequel il s'inscrit en essayant de mieux comprendre comment, concrètement, les intervenants du milieu scolaire, notamment, les enseignants, gèrent la situation lorsqu'il s'agit d'intervenir au quotidien auprès de ces jeunes qui perturbent le fonctionnement de la classe ou qui demandent une attention particulière.

De même, au niveau de l'intervention éducative, la question qui se pose est de savoir comment « l'école » dans son fonctionnement général et dans ses modes d'organisation et de structuration de ses services réussit à gérer l'ensemble de ces problèmes.

Dans le cadre de cette étude, ce sont ces différentes dimensions que nous voulons examiner et mieux comprendre dans le contexte précis de l'école.

4.3 Le contexte de l'école en regard des différents modes d'organisation et de structuration des services et des ressources disponibles auprès des jeunes présentant des symptômes associés à un TDA/H

Par rapport à ce thème, les documents consultés (voir tableau 4.3) ont permis de mettre en évidence que pour comprendre et saisir le mode de fonctionnement de l'école, un examen approfondi du plan d'intervention mis en place auprès des élèves en difficulté d'adaptation scolaire et notamment auprès des élèves présentant une problématique du TDA/H s'avère incontournable. Cet examen servant de point d'ancrage à partir duquel peut-être retracée la manière dont s'organise et se structure l'ensemble des services offerts à ces élèves.

Tableau 4.3
Le contexte de l'école en regard des différents modes d'organisation
et de structuration des services et des ressources disponibles auprès des jeunes
présentant des symptômes associés à un TDA/H

Thème	Le plan d'intervention mis en place auprès des élèves atteints d'un TDA/H : une étape incontournable dans la mise en place des services et des ressources spécialisées.
Sous-thèmes	4.3.1 Le plan d'intervention : ses objectifs et ses différentes fonctions. 4.3.2 Le plan d'intervention: un outil de communication et de concertation entre tous les acteurs.
Titres des documents consultés	- Organisation scolaire des services éducatifs et spécialisés. - Demande de services complémentaires et spécialisés. (Formulaire d'évaluation psychosociale, formulaire de définitions des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA). Demande de services complémentaires et spécialisés. (Formulaire d'évaluation psychosociale, formulaire de définitions des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA). - Tableau d'équivalence des anciens et des nouveaux codes pour les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage.
Catégories de documents	Documents officiels produits par les services complémentaires de la Commission scolaire.
Sources du document	Site Internet de la Commission scolaire et du ministère de l'Éducation du Québec.

4.3.1 Le plan d'intervention proposé dans le cadre de l'école : ses objectifs et ses différentes fonctions

Les différentes rencontres réalisées auprès des intervenants de l'école et plus précisément avec le directeur, trois enseignantes ainsi que la psychoéducatrice de l'école ont permis de mettre en évidence que conformément à la politique d'adaptation scolaire, un plan d'intervention individualisé est systématiquement prévu pour chaque élève handicapé ou en difficulté d'apprentissage ou d'adaptation scolaire. En effet, le directeur de l'école avec la collaboration du directeur adjoint, a l'entière responsabilité de la mise en place de ce plan d'intervention et qu'il soit conforme aux modalités établies par la Commission scolaire concernant l'organisation des services éducatifs offerts à ces

élèves. Le directeur assiste généralement aux différentes réunions d'équipe et supervise la réalisation et l'évaluation périodique du plan d'intervention et de son suivi. De plus, il est responsable de faire part à la Commission scolaire, et plus précisément aux services complémentaires de la Commission scolaire, de l'ensemble des besoins de ressources spécialisées (services en psychologie, en orthopédagogie ou les services d'une psychoéducatrice) pour répondre à l'ensemble des besoins des élèves de son école.

Les services complémentaires de la Commission scolaire sont composés de 20 membres (voir tableau 4.3.1), pour la majorité des conseillers et/ou conseillères pédagogiques qui participent à l'organisation des services offerts aux ÉHDAA.

Tableau 4.3.1
Liste du personnel des Services complémentaires
et de l'adaptation scolaire de la Commission scolaire

Liste du personnel	Rôle et fonction
(1) Secrétaire	Responsable des dossiers de la Directrice des Services complémentaires et de l'adaptation scolaire
(2) Secrétaires de gestion	Gestion des services complémentaires et de l'adaptation scolaire
(2) Agentes/administration	Agente de bureau
(1) Coordonnatrice	Services complémentaires et de l'adaptation scolaire
(1) Conseiller	Service régional de soutien à l'intention des élèves en déficience intellectuelle légère
(1) Conseillère pédagogique	Enseignement explicite de la lecture
(1) Conseillère pédagogique	Section Orthopédagogie
(2) Conseillers pédagogiques	Animation de la vie spirituelle/engagement communautaire
(2) Conseillers pédagogiques	Adaptation scolaire
(3) Conseillères pédagogiques	Adaptation scolaire
(1) Conseillère pédagogique	Enseignement explicite de la lecture
(1) Conseiller pédagogique	Service régional de soutien à l'intention des élèves en difficulté d'apprentissage
(1) Conseillère pédagogique	Service régional de soutien à l'intention des élèves en difficulté ou en déficience langagière
(1) Conseillère pédagogique	Responsable/école orientante

Le plan d'intervention est généralement consigné, dans un formulaire intitulé « Évaluation psychosociale » qui a été développé et validé par les services

complémentaires de la commission scolaire. Il s'agit du formulaire de base qui est généralement utilisé par toutes les écoles de la Commission scolaire pour procéder à une demande de service dès qu'un élève présente une problématique particulière, y compris un TDA/H. Ce formulaire permet de dégager les différents volets qui structurent la démarche du plan d'intervention dont l'objectif a comme point de départ les besoins particuliers de chaque élève.

Ce formulaire permet de consigner les *informations suivantes* :

- le nom des intervenants et les différentes ressources nécessaires;
- la mise en commun des informations sur l'élève et la concertation des actions des divers intervenants;
- une description des difficultés de l'élève (problèmes de comportement, ou autre) à partir des grilles d'observation, échelles d'évaluation, tests, etc.);
- une description des difficultés avec l'environnement scolaire, social ou familial;
- une description des traits caractéristiques de l'élève (ses intérêts, ses désirs, ses intentions, etc.);
- une description du rendement scolaire de l'élève;
- une évaluation des difficultés présentées par l'élève (persistance, durée, constance, invariabilité, fréquence, intensité et sévérité);
- les outils utilisés pour faire l'évaluation (analyse du milieu (scolaire, social ou familial), comptes rendus d'observation, entrevue individuelle (avec l'élève, avec l'enseignant, avec les parents), échelles comportementales, tests psychométriques standardisés);
- une section conclusion (décrivant les besoins de l'élève), les recommandations formulées par les intervenants impliqués dans le dossier, le consensus qui se dégage de tous ces intervenants ainsi que l'ajustement des services offerts à l'élève à l'aide de son évaluation périodique.

La consignation de ces différentes informations vise donc essentiellement à faciliter une démarche de concertation entre tous les intervenants concernés et à favoriser la communication et la collaboration avec les parents de l'élève concerné.

4.3.2 Le plan d'intervention : un outil de communication et de concertation entre tous les acteurs concernés

La démarche du plan d'intervention représente effectivement, de l'avis de l'ensemble des intervenants de l'école interrogés sur ce thème, un moyen de communication privilégié entre l'élève, ses parents et l'ensemble des intervenants pour non seulement y inscrire la planification des interventions, mais aussi l'évaluation des progrès réalisés par rapport aux objectifs ciblés dans le plan d'intervention. En outre, on peut donc dire qu'il constitue l'élément central à partir duquel peut être assuré le suivi et l'évaluation des progrès des élèves tout en permettant d'ajuster au fur et à mesure les différentes actions dans une perspective de continuité pour répondre autant aux objectifs qu'aux moyens fixés pour les atteindre.

La planification du plan d'intervention se fait habituellement, au cours d'une rencontre (ou de plusieurs rencontres lorsque cela s'avère nécessaire) regroupant l'élève, ses parents, le directeur ou le directeur adjoint de l'école, l'enseignante, l'enseignant, les intervenantes psychosociales (lorsqu'une de ces intervenantes est impliquée dans le dossier) ou les professionnels d'autres organismes. Cette première rencontre constitue de l'avis de plusieurs, l'étape la plus importante dans les services mis en place auprès des élèves puisqu'elle permet, entre autres :

- de faciliter l'évaluation au moment de la révision du plan d'intervention;
- d'assurer la continuité des services à mettre en place d'une année à l'autre;
- de faire état des décisions qui auront des incidences sur le parcours de l'élève et des raisons qui expliquent ces décisions.

Par ailleurs, de l'avis de la majorité des intervenants de l'école, la gestion du plan d'intervention est une opération qui peut s'avérer très exigeante en termes de temps à y consacrer, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser compte tenu du nombre important de demandes de services formulées à chaque année scolaire. De plus, si les intervenants se disent généralement satisfaits des liens de collaboration entre l'école et la famille lorsqu'il s'agit de mettre en place un plan d'intervention, plusieurs d'entre eux déplorent cependant qu'il est parfois difficile de favoriser la collaboration et l'engagement de tous les parents lorsqu'il s'agit de planifier une première rencontre

pour discuter de certains problèmes de discipline, de comportements ou même dans le cas précis qui nous intéresse lorsqu'il s'agit d'aborder avec eux les problèmes d'hyperactivité de leur enfant. Une participation plus active des parents lors de la planification du plan d'intervention est ainsi vivement souhaitée et constitue de l'avis de plusieurs un défi qui est encore à relever.

4.4 Conclusion-synthèse de l'analyse du contexte

Cette analyse réalisée à partir de l'analyse documentaire et de la préenquête menée auprès des intervenants clés de l'école permet sans aucun doute de saisir plusieurs spécificités du contexte de l'école et de son fonctionnement par rapport à la problématique du TDA/H. Elle a permis, entre autres, de spécifier les caractéristiques des différents groupes qui la composent (élèves, familles, personnel de l'école). Nous avons pu notamment constater que la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante constitue une réalité qui est bien présente dans le cadre de cette école. Malgré les nombreux questionnements et problèmes soulevés par les intervenants à propos du diagnostic du TDA/H, plusieurs élèves, notamment des garçons, sont effectivement identifiés comme présentant des symptômes associés à ce trouble particulier et consomment une médication psychostimulante.

Ce premier niveau d'analyse a également permis de mettre en évidence que les modes d'organisation et de structuration des services offerts aux élèves présentant un TDA/H et notamment l'implantation et le suivi d'un plan d'intervention individualisé pour répondre aux besoins particuliers de ces élèves s'inscrivent totalement dans les différentes orientations proposées dans la politique ministérielle en matière d'adaptation scolaire du ministère de l'Éducation du Québec (1999). Par ailleurs, l'orchestration des services à mettre en œuvre semble toutefois être perçue par plusieurs intervenants de l'école comme étant une tâche exigeante en termes de temps et d'énergie à y consacrer et en particulier lorsqu'il s'agit d'établir une véritable collaboration avec les parents.

Si la gestion du plan d'intervention semble être une pratique bien intégrée par l'ensemble des intervenants de l'école, il apparaît toutefois très difficile de bien saisir, à cette étape-ci, la manière dont les uns et les autres fonctionnent réellement dans la mise

en place du plan d'intervention auprès des élèves présentant un TDA/H. En effet, très peu d'indicateurs permettent à partir de ces premiers niveaux d'analyse, d'identifier les responsabilités, le niveau d'engagement ainsi que les rôles professionnels que les uns et les autres doivent assumer lors de la mise en place du plan d'intervention et de son suivi auprès de ces élèves. En outre, quelles sont les responsabilités que chacun doit assumer auprès de ces élèves lors des différentes phases d'implantation du plan d'intervention? Quelles sont les représentations que se font les enseignants et les autres intervenants de l'école de ces « élèves dits à risques »? Quelle place occupe la médication parmi les différentes solutions envisagées au plan d'intervention? Enfin, quelles sont les représentations que se font plus précisément les enseignantes de l'école du TDA/H et de la médication psychostimulante dans le contexte de la politique d'adaptation scolaire? Cette politique qui demande de miser davantage sur les forces et les habiletés des élèves hyperactifs ou présentant des problèmes de comportement en classe alors que les enseignantes ont à gérer ces problèmes dans une situation collective de classe tout en maintenant le cap sur leur mission éducative.

Voilà donc autant de questions qui demandent des réponses précises et qui ont conduit à poursuivre l'analyse, lors de la seconde phase de la recherche, à l'aide d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès du groupe des enseignants et de celui des autres intervenants de l'école afin de préciser et d'approfondir les différentes informations recueillies à ce premier niveau d'investigation.

CHAPITRE V

Résultats des entretiens semi-dirigés réalisés lors de la seconde phase de la recherche

Lors des différentes opérations d'analyse, nous nous sommes attachée au sens des réponses des intervenants. L'intention est ainsi de pouvoir mettre systématiquement en lumière le contenu des représentations sociales comme le dessine le discours des différents intervenants en fonction des trois dimensions d'analyse dans le contexte particulier dans lequel s'inscrivent ces représentations et les activités professionnelles liées à la problématique du TDA/H et à la médication psychostimulante. Dans cette perspective, plusieurs phases de codage successives ont été réalisées. Le but était d'opérer un découpage de l'ensemble des corpus d'entrevue et de catégoriser les différents éléments du discours dans des grands thèmes et des sous-thèmes du modèle d'analyse. Ainsi, aucune épuration des données n'a été effectuée. Tous les propos consensuels ont été retenus, même ceux ne faisant pas l'unanimité, ainsi que les aspects exprimés une seule fois par un seul intervenant. De cette façon, des sous-thèmes à faible effectif peuvent constituer un principe organisateur du discours permettant une prise en compte de la totalité des réponses des intervenants dans les deux groupes (groupe enseignants et groupe regroupant les autres intervenants de l'école). Des tableaux concernant les différentes idées émises ou points de vue contenus dans les différents propos tenus par les intervenants ont servi de base à la formation des catégories d'analyse. La fréquence et le code des intervenants utilisant ces catégories sont également consignés dans ces tableaux. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre de la méthodologie, la fréquence est en sorte une mesure d'intensité dont il faut tenir compte dans le cadre de l'analyse des représentations sociales en fonction de la force d'un thème pour articuler la représentation dans le groupe et pour éventuellement en dégager les ancrages sociaux. Chacun de ces tableaux présente, en les distinguant, les éléments du discours afin de caractériser et de contraster le discours des enseignants en fonction de celui des autres intervenants de l'école, compte tenu de la dynamique des

interactions sociales, objet de notre étude de cas. Notre intention est également de repérer les éléments qui reviennent de façon récurrente et qui sont énoncés par le plus grand nombre d'individus afin de reconstituer les éléments constitutifs des représentations sociales. D'autre part, ce choix repose sur le fait que la notion d'objet de représentation, qui est centrale dans la perspective des représentations sociales, est indissociable de la notion de groupe (Moscovici, 1961; Doise, 1992; Doise, Clemence, Lorenzi-Cioldi; 1992; Moliner, 1993; Abric, 1994; Garnier et Lévy, 2007; Flament et Rouquette, 2003). En effet, les représentations sociales sont des principes organisateurs des rapports symboliques établis dans la communication entre individus et groupes à propos d'un objet. (Doise, 2002). Pour analyser les représentations sociales, une des hypothèses retenue par Doise (2002) est la suivante :

La théorie des RS doit expliquer comment et pourquoi les individus diffèrent entre eux dans les rapports qu'ils entretiennent avec ces représentations. Elle implique que ces variations dans les prises de position individuelles sont elles-mêmes organisées d'une manière systématique. (Doise, p. 86).

C'est donc dans cette perspective que l'ensemble de notre démarche d'analyse a été structurée dans le but de rencontrer les objectifs poursuivis dans le cadre de cette étude. La première partie de ce chapitre présente les résultats relatifs à la première dimension d'analyse portant sur les représentations que se font les intervenants du TDA/H et de la médication psychostimulante. Ce premier niveau d'analyse est ainsi défini en fonction de thèmes et de sous-thèmes dont nous présentons le contenu ci-dessous. Ces différents thèmes sont issus *à priori* des travaux menés dans le champ des représentations professionnelles (Bataille et coll., 1997; Blin, 1997; Piasser, 1999) et de l'ensemble de la problématisation que nous avons ensuite traduit dans les questions d'entrevue de chacune des trois dimensions du modèle d'analyse.

Chacun de ces thèmes a ainsi permis d'expliquer, de cadrer et d'illustrer la diversité des points de vue dans l'ensemble de notre population à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante.

PREMIÈRE PARTIE

5.1 Les représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante

La première dimension d'analyse s'articule autour de sept thèmes portant sur les représentations du TDA/H et de la médication psychostimulante. Trois de ces thèmes portent sur les représentations que se font les intervenants de l'école à propos des principales causes pouvant être associées au TDA/H (thème 1), de son diagnostic (thème 2) et des principaux problèmes des élèves associés au TDA/H (thème 3). Les quatre autres thèmes concernent la médication et plus précisément l'importance qu'elle revêt pour les intervenants dans le traitement du TDA/H (thème 4), les diverses interrogations, questions ou inquiétudes qu'elle suscite (thème 5) ainsi que ses principaux effets (positifs et négatifs) observés sur le comportement ou sur le rendement scolaire des élèves (thèmes 6 et 7).

5.1.1 Les principales causes associées au TDA/H

Les analyses des réponses à la question « quelle est, selon vous, la principale cause du TDA/H? » ont permis de mettre en évidence que pour tous les intervenants de l'école, sans exception, l'étiologie du TDA/H n'est pas la résultante d'une seule cause, mais au contraire, de plusieurs causes possibles ou probables. En effet, six causes de nature très différente et d'inégale importance reviennent de façon récurrente dans les discours. Alors que plusieurs intervenants associent le TDA/H à une cause héréditaire, génétique ou neurologique, certains l'associent à des causes psychosociales, liées aux conditions familiales et au contexte scolaire, et d'autres s'interrogent au contraire sur les effets possibles de l'environnement et de l'alimentation sur l'émergence de ce trouble particulier chez les jeunes.

On pourrait penser que ces références multiples à des causes relevant soit d'un problème biomédical ou soit de facteurs psychosociaux révèlent des incohérences dans le discours des intervenants lorsqu'ils se prononcent sur l'étiologie du TDA/H. Mais, dans les faits, nous aurons l'occasion de montrer que ce qui semble être des

incohérences reflète en fait fidèlement l'état des travaux actuels de la recherche scientifique dans le domaine. D'une part, la littérature scientifique tend effectivement à montrer qu'il n'existe pas de modèle théorique unique pouvant expliquer la provenance ou les causes du TDA/H, mais aussi que ce trouble particulier serait plutôt la résultante de plusieurs étiologies (Davis, 2006; Conrad et Potter, 2000; Barkley, 1981). Sur le plan des représentations sociales, cet aspect est intéressant, car nous aurons l'occasion de montrer comment le discours scientifique est omniprésent dans les propos des intervenants lorsqu'ils se prononcent sur les causes possibles du TDA/H. Cet aspect soulève également un problème de fond largement exploré par Moscovici (1961) : celui de la distinction entre science et représentation sociale. Nos analyses montrent bien, en effet, que les intervenants scolaires que nous avons interrogés vont puiser différentes sources de leurs informations dans les travaux scientifiques. Elles révèlent également que sans être une assimilation directe des travaux scientifiques, ces informations sont récupérées par les uns et les autres en fonction des préoccupations ou des questionnements de chacun.

5.1.1.1 Le TDA/H associé à une cause neurologique, héréditaire et génétique

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. Plusieurs expressions reviennent de façon récurrente dans les discours et illustrent bien cette vision biomédicale de la maladie : « l'enfant naît avec ça », « c'est neurologique », « c'est chimique », « c'est dans les gènes », « c'est un problème chimique au cerveau », « c'est un problème au niveau de la transmission des neurones », « c'est un dysfonctionnement au niveau de la dopamine », « c'est le système nerveux central qui est affecté ». De l'avis de trois enseignantes (E17, E11, E7) et d'une intervenante psychosociale (I26), il s'agirait non seulement d'un problème neurologique « très handicapant » et « irréversible », mais également, pour reprendre les termes d'un membre de la direction de l'école, d'un problème « irrémédiable » qui perturbe de façon significative le comportement et le fonctionnement de l'élève qui en est atteint :

« (...) l'enfant hyperactif doit apprendre à vivre avec sa maladie parce qu'il y a quelque chose au niveau neurologique qui fait en sorte qu'il n'est pas capable de s'arrêter et de se contrôler, même avec la meilleure volonté du monde. » (I22)

Tableau 5.1.1.1
Le TDA/H associé à une cause neurologique, héréditaire et génétique

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N = 17/20	Effectifs	N = 4/7
<ul style="list-style-type: none"> - Problème génétique irréversible et irrémédiable. (E17, E11, E7) - Problème chimique au cerveau. « C'est chimique ». « Un problème au niveau de la transmission des neurones ». (E12, E15) - Problème neurologique héréditaire. « L'enfant naît avec ça », « C'est dans les gènes ». « C'est neurologique ». (E13, E14, E6, E19) - Difficile à trancher. Est-ce neurologique? Héréditaire ou plutôt génétique? (E13, E8, E5, E6, E19, E3, E9, E2, E11, E20, E14) 		<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement au niveau de la <i>dopamine</i>. - « C'est le système nerveux central qui est atteint ». (I27) - Plusieurs incertitudes liées aux véritables causes. (I24) - Probablement neurologique, mais aussi d'autres causes possibles. Difficile de départager ce qui est neurologique de ce qui ne l'est pas. (I27) - Problème qui est véritablement neurologique et qui est très handicapant. On comprend et connaît de mieux en mieux le TDA/H. (I26) - Neurologique, pas capable de s'arrêter et de se contrôler. (I22)

Malgré les difficultés expérimentales éprouvées de la recherche scientifique dans le domaine, on peut effectivement retracer, dans l'ensemble des discours, plusieurs hypothèses sur les causes du TDA/H généralement relevées dans la littérature. En fait, l'hypothèse selon laquelle des prédispositions génétiques et la possibilité que des facteurs héréditaires entrent en jeu dans l'étiologie du TDA/H sont mentionnées par plusieurs, notamment par les enseignantes. De plus, ils semblent aussi adhérer à l'hypothèse d'une prédominance biologique au trouble en raison de laquelle une diversité de problèmes neurologiques ou une atteinte au cerveau donneraient naissance aux difficultés comportementales associées au TDA/H. Finalement, des problèmes

neurochimiques selon lesquels un déséquilibre des neurotransmetteurs serait la cause du TDA/H sont aussi mentionnés comme cause probable dans l'explication de ce trouble particulier.

Par ailleurs, 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 (I24) 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.

« Si on regarde un peu ce que la littérature scientifique nous dit, ce serait un dysfonctionnement au niveau de la dopamine, au niveau des transmetteurs, au niveau du cortex puis tout ça. Mais la cause, ils en disent plusieurs. En particulier, on parle que c'est génétique, neurologique mais d'autres données plus récentes indiquent aussi que certains facteurs sociaux, environnementaux ou même une intoxication au plomb peuvent donner ou provoquer de l'hyperactivité... » (I24).

Le problème qui est donc soulevé est de savoir si seules des causes neurologiques, génétiques ou héréditaires peuvent être retenues pour expliquer avec certitude les origines du TDA/H ou si au contraire d'autres causes possibles, par exemple des causes familiales, sociales, bioenvironnementales ou alimentaires peuvent également intervenir et sont à considérer dans la problématique du TDA/H.

5.1.1.2 Le TDA/H associé à une problématique familiale, un problème de discipline et d'encadrement parental

Une problématique familiale est également mentionnée par plusieurs enseignantes (14/20) et par la majorité des autres intervenants de l'école (6/7) qui s'interrogent sur le rôle joué par le contexte familial dans la problématique du TDA/H et plus précisément par rapport au problème de l'hyperactivité. Ce questionnement, qui est aussi largement mentionné dans la littérature scientifique, s'inscrit plus précisément dans un courant théorique qui a connu un essor important au cours des dernières années dans le champ de la psychologie et de la sociologie dont les travaux de certains auteurs

(Öngel, 2006; Galves, et coll., 2003; Johnston et Mash, 2001) ont largement contribué à considérer l'importance du contexte familial dans la problématique de l'hyperactivité.

Dans cette perspective, pour la majorité des intervenants que nous avons interrogés, notamment plusieurs enseignantes (E18, E3, E5, E20, E17, E9, E1, E14), le rythme de vie trop rapide ainsi que les horaires de travail surchargés des parents constituent en soi des causes importantes pouvant conduire à des problèmes d'hyperactivité chez les jeunes. Les enseignantes insistent aussi largement sur le fait que dans ce contexte, les parents n'ont plus suffisamment de temps pour être à l'écoute de leurs enfants. Plusieurs expressions telles que: « les horaires de fous des parents », « les parents n'ont pas le temps », « les parents sont débordés », « les élèves sont toujours à la course à cause de l'horaire de leurs parents » illustrent bien cette vision des problèmes associés au contexte de vie familial contemporain.

Tableau 5.1.1.2
Le TDA/H associé à une problématique familiale,
un problème de discipline et d'encadrement parental

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 14/20	Effectifs N = 6/7
<ul style="list-style-type: none"> - Désarroi des parents, n'ont pas le temps. (E18) - Parents débordés, horaire de travail surchargé. (E3, E5, E20, E8) - Rythme de vie trop rapide des parents. (E9, E1, E14) - Parents peu présents, les enfants ne sont plus élevés comme avant, sont plus gâtés, problème de société, sont laissés plus libres. (E2, E9) - Contradictions perçues entre les exigences en classe, celles de la famille et de la société en général. (E6, E9, E20) - Pas même notion de respect, de l'effort et de la persévérance. Enfants gâtés. - Problème d'encadrement parental et hyperstimulation (ordinateur télévision, Nintendo) plutôt que l'effort intellectuel. Problème d'intérêt, manque de motivation et d'imagination. (E3, E19, E17, E15, E11) - Surconsommation (les enfants ne connaissent pas ça attendre. (E18) - Manque de motivation, manque de persévérance, ne veulent pas faire l'effort parce qu'ils sont hyperstimulés. (E2) Enfants ne sont pas préparés. (E2) - Le plus grand défi à relever pour les enseignants est de pouvoir « s'adapter à la nouvelle technologie et aux nouvelles façons de faire » pour pouvoir conserver l'intérêt de leurs élèves en classe. (E5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Problème d'autorité et de contrôle parental, problème d'éducation. (I22) Parents surchargés et moins à l'écoute de leurs enfants. (I23, I25) - Manque de discipline. Apprendre à écouter, à se calmer, être discipliné c'est une question d'apprentissage. (I21, I26) - Difficultés à contrôler les enfants, problème de suivi et de contrôle parental. (I24, I 26) - On demande aux jeunes de performer dans le milieu scolaire, on leur demande beaucoup (performance, règlements à suivre) contrairement à un certain laxisme dans la famille qui ne favorise pas l'effort et la persévérance. (I25, I21) - Ils n'ont pas appris à s'organiser, n'ont pas de discipline, pas d'autonomie parce qu'ils sont laissés devant la télé, les ordinateurs et les jeux vidéos (I27, I25)

Outre ces références précises sur les conditions de vie des parents, trois enseignantes (E6, E2, E9), une intervenante psychosociale (I25) ainsi qu'un membre de

la direction de l'école (I21) déplorent aussi largement certains problèmes perçus au niveau de l'encadrement familial dans la préparation de leurs enfants pour faire face aux exigences du milieu scolaire sur le plan académique. Ils mentionnent également de nombreuses contradictions entre ce qui est généralement exigé des élèves pour fonctionner dans un cadre structuré qui impose certaines règles à suivre à l'école, contrairement à un certain laxisme dans la famille qui n'impose pas de telles exigences. Ils déplorent finalement le fait que les élèves « n'ont plus la même notion de l'effort et de la persévérance », « qu'ils ne sont pas préparés à faire les efforts nécessaires sur le plan académique » ni à « faire face aux exigences du milieu scolaire ».

Poussant encore plus loin la critique, certaines enseignantes (5/20) ainsi que presque la totalité des autres intervenants de l'école (6/7) expriment des propos encore plus tranchés lorsqu'ils discutent du rôle de la famille dans la problématique de l'hyperactivité qu'ils associent étroitement à des problèmes « d'encadrement » et « d'autorité parentale ». Les propos d'une intervenante psychosociale (I26) ainsi qu'un membre de la direction de l'école (I21) résument assez bien ce point de vue :

« (...) il y a des parents qui ne savent pas, au moment qu'il faut, dire non aux enfants, les arrêter, leur faire comprendre qu'il y a des limites puis... ce sont des enfants qui gagnent toujours sur leurs parents. » (I26)

« (...) donc, les enfants deviennent, on dirait dans une situation telle que c'est de l'anxiété que ça crée. Ils sont jamais arrêtés et ils se rendent pas compte qu'ils ont le contrôle sur leur parent. Il faut s'interroger. Avec un enfant, il faut être capable de lui dire non, il faut être capable de l'arrêter, parce que si on l'arrête pas, il n'en voit pas la limite. » (I21)

Ces problèmes sont aussi mentionnés par plusieurs enseignantes (7/20) ainsi que par deux intervenantes psychosociales (I25, I27) qui déplorent aussi un manque d'encadrement parental lorsqu'il s'agit d'imposer certaines limites à leurs enfants dans l'usage qu'ils font de la télévision, des jeux électroniques et des ordinateurs, qu'elles jugent par ailleurs excessifs et inappropriés. Elles considèrent, en effet, que différentes technologies constituent des « sources de stimulation », d'« excitation » et de « tensions inutiles » qu'elles associent étroitement à la problématique de l'hyperactivité : « C'est beaucoup, beaucoup d'heures de haute tension » déclare une enseignante de deuxième

année. « Faut pas chercher très loin pour comprendre pourquoi les enfants sont hyperactifs » (E8). « La majorité des enfants » déclare aussi une enseignante de maternelle, « c'est des enfants Nintendo maintenant. Ils sont tous branchés à l'ordinateur, au Nintendo... Bien là, ils arrivent dans la classe, il faut qu'ils bougent » (E14).

Parce que les ordinateurs ainsi que certains jeux vidéos offrent aux jeunes des modes d'apprentissage généralement plus « interactifs », « imagés » et « vivants » que ceux généralement exploités dans le milieu scolaire, certaines enseignantes (5/20) mentionnent également les effets négatifs de cette technologie sur « la motivation », « l'intérêt » et la « persévérance » de certains élèves par rapport au travail plus académique ou scolaire. Les jeunes, explique une enseignante de troisième année (E11) « n'ont plus d'intérêt, l'imaginaire n'est plus là, parce qu'ils ont tout dans les mains ». C'est pas évident, précise une autre enseignante (E18), « ils sont souvent devant un écran d'ordinateur, devant un écran de Nintendo, de jeu ou de télévision. Ça fait des enfants qui sont centrés sur autre chose que ce qu'on leur demande comme activités intellectuelles en classe » (E15). La stimulation extérieure étant très forte, le plus grand défi à relever de l'avis d'une autre enseignante est de pouvoir « s'adapter à la nouvelle technologie et aux nouvelles façons de faire » (E5) pour pouvoir conserver l'intérêt de leurs élèves en classe.

Les propos d'une intervenante psychosociale vont aussi dans le même sens :

« [...] puis le pire, c'est que... c'est parce qu'ils ne l'ont pas appris parce que trop de technologie, trop rapidement entre leurs mains. Puis c'est ça que moi je trouve difficile puis les enfants ont plus ça, cette magie-là. Il faut que ce soit du rapide puis il faut que ça aille vite comme ça ». (I27).

On peut donc penser qu'il s'agit ici d'un problème émanant d'abord d'un manque d'encadrement parental dans la gestion du temps que les enfants passent devant la télévision, les jeux électroniques ou l'ordinateur. Cela recouperait les interprétations antérieures que les intervenants associent à une certaine forme d'hyperactivité observée chez certains jeunes dans le milieu scolaire.

5.1.1.3 Le TDA/H associé à des conditions physiques et de vie inappropriées dans le milieu scolaire

Quelques enseignants (5/20) ainsi que deux intervenantes psychosociales (I25, I27) s'interrogent aussi sur les conditions de vie difficiles et même contraignantes auxquelles sont exposés tous les jours les élèves dans le milieu scolaire. D'une part, elles considèrent que les espaces physiques des locaux de classe et du service de garde de l'école sont beaucoup trop limités et restreints pour permettre aux élèves de se déplacer avec aisance. D'autre part, elles s'interrogent sur l'impact que peuvent avoir de telles conditions sur le comportement des élèves.

Tableau 5.1.1.3
Le TDA/H associé à des conditions physiques
et de vie inappropriées dans le milieu scolaire

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N = 5/20	Effectifs	N = 2/7
Bruit, espace restreint dans le service de garde et lors des repas. (E14)		Périodes prolongées dans des espaces restreints . (I25)
Périodes prolongées dans l'école (<i>espaces restreints</i> et bruyants . (E5, E19, E11, E12)		Pas le temps de marcher, de jouer à l'extérieur de l'école. (I27)

Toutes ces intervenantes, sans exception, considèrent que ces conditions de vie qu'elles considèrent inappropriées peuvent avoir un rôle important à jouer dans la problématique de l'hyperactivité, parce qu'elles constituent des sources d'excitation et de stress importantes pour les élèves qui y passent plusieurs heures d'affilées, et ce, tous les jours de la semaine. Outre le fait que ces espaces restreints ne permettraient pas aux élèves de se déplacer ou de jouer librement, elles mentionnent aussi le fait qu'aucun espace n'est prévu pour leur permettre de se retirer, s'isoler ou se reposer quelques moments. Selon une enseignante, ces conditions de vie seraient très difficiles, voire très contraignantes pour les élèves :

« Ces conditions sont terribles. Je vois que les enfants mangent dans le bruit. Ils n'ont pas de lieu pour jouer, ils ne peuvent pas faire de petite sieste à l'heure du dîner, ils ne peuvent pas voir leurs parents. Ils prennent de l'air, ils en prennent, quand même, là, mais... C'est étouffant, c'est contraignant comme style de vie. Je pense que c'est la première chose. Mais ça, c'est complexe. On se demande après ça pourquoi les enfants sont hyperactifs... il faut pas chercher très loin. » (E19)

Ce problème est aussi exprimé par une autre enseignante de première année qui mentionne qu'elle-même, en tant qu'adulte, ne pourrait pas supporter ou encaisser de telles conditions :

« L'enfant qui arrive à 7 heures à l'école puis qui repart à 6 heures des 4 murs de l'école et bien il a passé toute une journée dans ce brouhaha et dans ces conditions d'être 100 ou 200 enfants ensemble dans un local. C'est ahurissant. Et je ne serais pas capable, je ne serais pas capable. » (E5)

Dans le même ordre d'idées, une intervenante psychosociale qui se dit aussi fort préoccupée par cette situation, déplore également le fait que les enfants d'aujourd'hui, contrairement à ce qu'elle a elle-même vécu dans son enfance, ont très peu d'occasions de faire des activités physiques, de se détendre, de marcher ou de jouer à l'extérieur de l'école. Ainsi, le manque d'exercice physique ajouté à de nombreuses heures passées devant le Nintendo, pourraient constituer de l'avis d'une intervenante psychosociale, « un cocktail explosif » et « un déclencheur » aux problèmes d'hyperactivité observés chez certains jeunes dans le milieu scolaire :

« Au niveau de l'hyperactivité, moi j'ai envie de dire que quand j'étais enfant je marchais le matin, je marchais le soir, je marchais le midi aussi pour me rendre chez-moi. On avait deux récréations par jour puis on était pas au service de garde. Après l'école j'étais chez moi puis je pouvais jouer comme je voulais dans un cadre moins encadré que le service de garde. Et moi, je pense que ça joue beaucoup. On demande à des enfants d'être dans le milieu scolaire de sept heures le matin à six heures le soir. Je pense que c'est normal, à un moment donné, qu'ils ne soient plus capables de rester assis sur une chaise. Je pense qu'on joue moins, on est moins dehors, on n'est plus stimulé de la même façon. Là on sait jouer au Nintendo, puis c'est rapide, vite, hyperstimulant, surstimulant, mais c'est sûr que quand on arrive dans une classe où l'environnement est plus bruyant et rapide on réagit. » (I26)

En accord avec cette intervenante, une enseignante de première année mentionne avoir constaté au fil des années que les élèves qui mangent à l'école à l'heure du dîner

sont généralement beaucoup plus agités que ceux qui peuvent sortir du cadre scolaire pour aller à la maison et se détendre un peu. Cette situation aurait également une incidence sur la planification des activités de type scolaire à prévoir au cours de la journée, les élèves étant généralement beaucoup plus agités et plutôt inattentifs l'après-midi :

« En tout cas, les enfants qui sont au service de garde et à l'école toute la journée sont beaucoup plus excités, un petit peu plus perturbés que les autres qui vont dîner à la maison le midi. Dans l'après-midi, là, on le voit dans l'après-midi. On ne fait plus ce qu'on pouvait faire avant l'après-midi. » (E5)

L'hyperactivité semble donc être perçue ici comme une réaction normale à des conditions de vie familiale, culturelle et scolaire susceptibles de la créer. En tenant compte de la discussion qui précède, on peut donc penser que les intervenants de l'école 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.

5.1.1.4 Le TDA/H associé à des facteurs bioenvironnementaux, à des problèmes d'alimentation et à d'autres maladies

Contrairement à des causes biomédicales, familiales ou liées aux conditions de vie inappropriées du milieu scolaire, plusieurs intervenants (4/20 enseignantes; 5/7 autres intervenants de l'école) s'interrogent aussi sur les liens possibles entre certains facteurs bioenvironnementaux, comme la pollution de l'air, l'alimentation (les pesticides, la qualité des aliments, les antibiotiques retrouvés dans les aliments) et le TDA/H.

Tableau 5.1.1.4
LE TDA/H associé à des facteurs bioenvironnementaux,
à des problèmes d'alimentation et à d'autres maladies

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N = 4/20	Effectifs	N = 5/7
<ul style="list-style-type: none"> - La nourriture évoquée comme source possible des problèmes d'hyperactivité (pesticides, etc.). (E15, E7) - Alimentation et carence en fer. (E13) - Collations sucrées. (E15) - Lien à faire entre l'alimentation et l'augmentation des problèmes d'asthme et d'allergies. (E11) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lien à faire entre l'alimentation, la pollution et le taux d'augmentation des problèmes d'asthme, d'allergies et d'autisme. (122) - Les parents sont peu renseignés et portent peu attention à l'alimentation. (125) - Possibilité que l'alimentation intervienne mais la preuve reste à faire. (121) - Peut-être déséquilibre au niveau environnemental et crée des déséquilibres chimiques et sur les neurones. Il s'agit d'une hypothèse qui devrait être investiguée dans le futur. (124, 126) 	

Ainsi, que ce soit à travers un questionnaire général sur la qualité des aliments, par exemple : « Qu'est-ce qu'il y a dans la nourriture, dans la viande, dans les fruits, dans les légumes, il doit y avoir quelque chose, ça n'a pas de sens » ou sur la qualité des aliments que choisissent les parents pour leurs enfants « les enfants ont des collations trop sucrées », les intervenants jugent nécessaires de s'interroger sur le rôle de l'alimentation dans la problématique du TDA/H. Les propos d'une intervenante psychosociale résument bien cette préoccupation :

« Juste l'exemple de ce matin, j'ai rencontré à mon bureau un élève qui est très agité, et j'ai vu ce qu'il avait dans les mains.... Si ça serait mon enfant, je m'excuse... je ne blâme pas nécessairement les parents... il n'aurait pas ça, cette cochonnerie-là dans les mains. » (125)

Contrairement aux enseignantes qui semblent davantage préoccupées par les effets possibles de certains aliments et le choix de ces aliments par rapport au TDA/H, plusieurs intervenants (121, 122, 124, 126), quant à eux, s'interrogent plutôt à propos des effets possibles des additifs, des hormones et des antibiotiques retrouvés en grande quantité dans les aliments et de l'impact de tels produits sur la problématique de

l'hyperactivité. Finalement, ils soulignent aussi largement les effets possibles de la combinaison des problèmes d'alimentation et de pollution sur l'augmentation croissante de certaines maladies observées actuellement chez les jeunes, notamment le TDA/H, l'autisme, les allergies et les problèmes d'asthme chez les jeunes :

« À ma connaissance, ça me fait penser à d'autres problèmes nouveaux soient ceux de l'asthme et des allergies. Plus ça va et plus il y en a. Ça, c'est évident, là, dans mon expérience de vie. Avant, il y avait jamais autant d'enfants qui avaient des allergies. Là, il y en a, y en a, y en a des épipènes. Je sais pas si c'est relié à l'alimentation, mais en tout cas. Puis peut-être aussi c'est relié au déficit d'attention puis tout ça, là, il y a peut-être un lien à faire là. » (E11)

« Pourquoi les enfants ont plus d'allergies maintenant qu'avant? Pourquoi on a plus d'enfants qui font de l'autisme que maintenant? Il y a quelque chose qui se passe. Est-ce qu'il y a des phénomènes qui sont de cet ordre-là, actuellement qui font en sorte que... bon, ça vient modifier le mode génétique ou, en tout cas, ça vient influencer sur le code génétique? Je sais pas. En tout cas, il faut poser les questions. » (I22)

Ces divers questionnements soulèvent ainsi tout le problème des effets possibles des facteurs bioenvironnementaux sur l'émergence de certaines maladies observées de plus en plus chez les jeunes, notamment l'hyperactivité, mais aussi le rôle que pourraient jouer ces différents facteurs sur des transformations sur le plan génétique et qui pourraient éventuellement être responsables de ces maladies.

Résumé-synthèse : Les principales causes associées au TDA/H

Une vision partagée des causes associées au TDA/H ressort de l'ensemble des discours, et ce, autant dans le groupe des enseignants que celui des autres intervenants de l'école. D'une part, ils mentionnent que la cause du TDA/H semble être étroitement associée à un problème d'ordre biomédical d'origine neurologique, génétique ou héréditaire. D'autre part, ils soulignent aussi l'influence des facteurs psychosociaux (problématiques familiales, conditions de vie inappropriées dans le milieu scolaire) ainsi que des facteurs environnementaux (problèmes d'alimentation et de pollution de l'air) dans l'étiologie du TDA/H impliquant qu'il faille ici la distinguer d'une origine organique. Il est difficile par ailleurs d'inférer de ces propos l'importance que les intervenants accordent à ces différentes causes. On pourrait toutefois émettre

l'hypothèse, à la suite de certains auteurs (Cohen et coll., 1999; Carey, 2002; Conrad et Potter, 2000) que ces propos reflètent fidèlement l'ambiguïté et le flou de la catégorie diagnostique de ce trouble particulier que l'on retrouve aussi dans la littérature scientifique. En effet, on peut retracer non pas une seule théorie mais au contraire divers courants ou approches théoriques qui ont vu le jour au cours des dernières années pour expliquer l'étiologie du TDA/H sans toutefois faire l'unanimité (Massé, 1999). Bien que ces facteurs psychosociaux et bioenvironnementaux aient fait l'objet de nombreuses études, les résultats se sont généralement avérés peu concluants pour établir à coup sûr des relations de causalité entre les manifestations de ce trouble particulier chez les jeunes (Braswell et Bloomquist, 1991).

Par ailleurs, malgré les nombreuses difficultés expérimentales éprouvées dans les recherches de l'étiologie du TDA/H, force est aussi de constater que beaucoup de spécialistes dans ce domaine adhèrent à l'hypothèse d'une prédisposition biologique au trouble du TDA/H (Barkley, 1989) en raison de laquelle une diversité de problèmes neurologiques toucherait le système nerveux central et donnerait naissance aux difficultés comportementales associées au TDA/H. On peut donc penser que les intervenants de notre population abordent aussi les différentes questions relatives à l'étiologie du TDA/H selon diverses approches théoriques, malgré les nombreuses incertitudes qui y sont associées. On assisterait donc à une assimilation de ces différentes théories et savoirs scientifiques qui circulent entre les différents intervenants de l'école et qui semblent être repris et véhiculés à travers les discours. Il y a toutefois lieu de se demander dans quelle mesure il s'agit d'une assimilation directe des travaux scientifiques ou si ce ne sont que des informations de seconde main que certains véhiculent et qui sont récupérées par les uns et les autres. Ces questionnements soulèvent un problème de fond largement exploré par Moscovici (1961); celui de la distinction entre la science et les représentations sociales. En effet, les travaux de Moscovici ont largement montré comment la représentation de la psychanalyse était façonnée à partir de la théorie de Freud pour être ensuite articulée aux besoins des groupes sociaux qui la transforment dans leurs univers de sens commun. Dans le cas qui nous concerne, on peut donc penser que les intervenants opèrent également ce type de

transformation dans leurs interactions en fonction des discussions qui ont cours lors de leurs échanges à propos du TDA/H. On peut donc parler de pensée commune dans la mesure où les intervenants introduisent dans leurs échanges et leurs rapports sociaux certains éléments des différentes théories scientifiques.

5.1.1.5 Le diagnostic du TDA/H

Lorsqu'il s'agit de se prononcer sur le diagnostic du TDA/H, il est intéressant de souligner la transparence et le regard très critique des intervenants dans les deux groupes de la population interrogée, lorsqu'ils discutent des problèmes particuliers qu'ils constatent à propos du diagnostic du TDA/H. Ces problèmes s'articulent plus précisément autour de la question des nombreuses ambiguïtés associées au diagnostic.

5.1.1.6 Les ambiguïtés du diagnostic : un diagnostic incertain et comportant de nombreuses zones grises

La majorité des enseignants (19/20) et autres intervenants de l'école (7/7) mentionnent les nombreux facteurs qui rendent difficiles l'évaluation du TDA/H, ainsi que les nombreuses ambiguïtés pouvant être associées au diagnostic. Plusieurs considèrent que le TDA/H n'est pas un problème clairement défini, qu'il comporte une part importante d'incertitude et qu'il peut englober différentes problématiques. Selon une enseignante de 6^e année (E10), « il y a une grosse zone grise d'incertitude dans le diagnostic du TDA/H ». Souvent, c'est pas toujours ça qui est la problématique. Des fois, c'est d'autres choses. Puis on pense que c'est ça et finalement c'est pas nécessairement ça ». (E10). « Des fois c'est un autre problème » précise un membre de la direction de l'école et « il y a de l'hyperactivité associée avec des problèmes émotifs, il y a de l'hyperactivité, peut-être, des problèmes émotifs puis en même temps, d'ordre neurologique ou on le sait pas, là » (122).

Tableau 5.1.1.6

Les ambiguïtés du diagnostic : un diagnostic incertain
et comportant de nombreuses zones grises

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 19/20	Effectifs N = 7/7
<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une grosse zone grise d'incertitude. C'est pas toujours ça qui est la problématique. Des fois, c'est autres choses. (E10) - L'hyperactivité c'est pas encore défini clairement. (E18) - Difficile de dissocier l'hyperactivité et déficit d'attention. (E12) - Englobe différents problèmes. (E11, E2, E3, E4, E10) - On en voit plus, on en détecte plus parce qu'on s'imagine qu'ils ont ce problème. Englobe différents problèmes en même temps. (E5, E6, E8, E13, E17) - Tu peux pas classer juste une hyperactivité. C'est du cas par cas souvent. (E14, E15, E16, E19, E20) - On nage dans l'incertitude. (E9) - C'est pas à moi à faire l'évaluation, demande une expertise médicale et des spécialistes psychosociaux. (E11) - Plus ça va, plus ils en découvrent. On met de plus en plus des étiquettes. (E11) - Le plus grand défi des enseignants, c'est surtout pas de tous les rendre pareils. (E12) - Ça prend plus de discernement, observer les enfants, pour ne pas les mettre tous dans le même paquet. (E7, E5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficile de dissocier avec problèmes émotifs ou neurologique. (I21, I22, I23) - Demande une évaluation psychologique, psychosociale et médicale. (I24, I25, I26, I27)

Ce qui rend la tâche particulièrement difficile et délicate, déclarent certaines enseignantes, c'est de tracer la limite entre ce qui relève du TDA/H et ce qui relève d'autres problématiques, mais aussi de bien saisir la cause du problème identifié :

« J'ai des élèves dans la classe qui sont dans la lune. Mais je ne sais pas si c'est lié à une forme d'hyperactivité parce que moi, c'est clair que je ne sais pas. C'est difficile de savoir dans quelle mesure c'est relié. Est-ce que c'est lié ou bien si on peut vraiment les dissocier complètement : on peut être hyperactif parce qu'on a un déficit d'attention ou on est hyperactif parce qu'on est très actif ou plus que très actif sans déficit d'attention, mais l'un ici suit l'autre nécessairement. » (E12)

« (...) Il y en a qui ont tellement de problèmes que je ne suis pas capable de cibler c'est quoi... il y en a qui sont hyperactifs mais est-ce que c'est un problème neurologique, ou affectif... c'est très difficile à savoir. » (E18)

Malgré ces nombreuses ambiguïtés et incertitudes liées au diagnostic du TDA/H, cinq enseignantes (E5, E6, E8, E13, E17) s'interrogent sur le fait que ce trouble particulier est diagnostiqué chez de plus en plus d'élèves dans le milieu scolaire et qu'ils sont soumis à une médication. La question qui se pose est donc de savoir si effectivement on détecte de mieux en mieux ce trouble ou si au contraire, pour reprendre les termes d'une enseignante (E5) « on en détecte plus parce qu'on s'imagine qu'ils ont ce problème-là et donc, on englobe différents problèmes en même temps ».

Toutefois, on peut noter que seulement quatre enseignantes (E5, E7, E11, E12) se sont prononcées sur les répercussions et les conséquences du diagnostic du TDA/H. Pour ces enseignantes, le plus grand défi à relever actuellement pour les intervenants scolaires est « de ne pas mettre tous les élèves dans le même paquet » (E7), de ne pas « mettre des étiquettes d'hyperactivité à tous les élèves » (E11) et surtout de « tous les rendre pareils » (E12). Les propos d'une enseignante de sixième année illustrent bien cette préoccupation :

« C'est grave ce qu'on dit. Pis plus ça va, plus on... en tout cas, ils en découvrent, mais pas à un point comme certains l'imaginent. Qu'on les mette tous hyperactifs, c'est pas vrai. Minute ! Ça dépend de la perception qu'on se fait par rapport à ça. Non, c'est très grave. Les Canadiens français, on a le don de mettre sur des tablettes : étiquette 1, étiquette 2... Qu'on arrête de mettre des étiquettes sur des enfants. Les codes qu'on met. Ça va-tu le suivre? Jusqu'à quand ça? C'est quelque chose. Ils sont tout petits puis on les étiquette. Mais il, faut donner la chance au coureur. Arrêtez de mettre une étiquette aux enfants. » (E11)

Ce phénomène serait d'autant plus inquiétant de l'avis de plusieurs que le diagnostic est souvent émis « trop rapidement » et sans que « soit entreprise

sérieusement une évaluation psychosociale, psychologique et médicale » des problèmes que présentent certains enfants dans le milieu scolaire.

Résumé-synthèse : Le diagnostic du TDA/H

Ce qui semble unir les enseignantes et les autres intervenants de l'école que nous avons interrogés est un diagnostic qui peut englober différentes problématiques et qui peut prêter flanc à plusieurs pratiques d'évaluation et d'intervention. Les propos de ces intervenants confirment les travaux de plusieurs auteurs dans le domaine (Conrad, 1976; Doré et Cohen, 1996) à l'effet qu'un lien étroit semble clairement s'établir entre le diagnostic et la médicalisation de l'hyperactivité. Par ailleurs, force est aussi de constater que seulement quelques enseignantes (5/20) contrairement à l'ensemble de tous les intervenants de l'école se sont prononcées sur les répercussions et les conséquences possibles du diagnostic sur les élèves et en l'occurrence sur le fait que de plus en plus d'élèves sont diagnostiqués et soumis à une médication malgré les nombreuses ambiguïtés associées à ce diagnostic. Or, paradoxalement, il semble bien que les conditions associées au cadre scolaire qui peuvent éventuellement contribuer au fait que de plus en plus d'élèves sont généralement moins attentifs et concentrés dans la réalisation de leurs tâches scolaires ou plus hyperactifs retiennent peu l'attention de l'ensemble des intervenants. Pourtant, ce phénomène est bien réel et est mentionné par plusieurs intervenants. Ainsi, tout semble se passer comme si on ne s'interroge pas sur le rôle de « l'école » par rapport à cette situation particulière. L'école n'occupe ainsi qu'une place secondaire. Ceci pourrait suggérer que les problèmes d'hyperactivité ou associés plus globalement au diagnostic du TDA/H renforcent cette vision des difficultés présentées par les jeunes dans le contexte scolaire comme surtout les difficultés des élèves, hors de leur contrôle, et non pas celles pouvant être associées à d'autres facteurs sociaux ou environnementaux.

5.1.6 Les principaux problèmes des élèves associés à un TDA/H et pouvant conduire à une demande d'évaluation psychosociale ou médicale

Les symptômes qui retiennent le plus l'attention des intervenants et qui reviennent le plus souvent dans les discours sont, d'une part, les problèmes d'hyperactivité et d'impulsivité et, d'autre part, les problèmes d'attention et d'apprentissage. Certains élèves se font aussi remarquer à cause d'un problème d'hyperactivité que les enseignantes attribuent à des enfants très intelligents et curieux intellectuellement.

5.1.6.1. Les problèmes d'hyperactivité-impulsivité

La majorité des intervenants du groupe enseignant et de celui des autres intervenants de l'école (enseignants 17/20; autres intervenants scolaires 7/7) estime que de plus en plus d'élèves, notamment des garçons, présentent des problèmes d'hyperactivité et d'impulsivité dans le cadre scolaire. Sans être forcément associés au diagnostic du TDA/H, ces problèmes retiennent l'attention et peuvent conduire à une demande d'évaluation psychosociale ou médicale pour confirmer ou infirmer le diagnostic du TDA/H.

Ces élèves sont généralement décrits comme étant des enfants qui ont beaucoup d'énergie, qui bougent continuellement, « qui ne peuvent pas rester calmes » et qui présentent généralement « un grand besoin de dépenser leur surplus d'énergie ». Plusieurs autres expressions reviennent aussi systématiquement dans les discours des enseignantes lorsqu'elles décrivent les difficultés que présentent ces élèves en classe : « ils sont énervés », « ils sont impulsifs », « ils ne sont pas capables de rester assis sur leur chaise », « ils n'arrêtent jamais », « ils bougent beaucoup », « ils font continuellement du bruit et des sons avec leur bouche », « ils se lèvent ou se déplacent dans la classe sans raison », « ils ne sont pas capables de rester assis sur leur chaise ou de rester calmes plus que deux minutes ».

Tableau 5.1.6.1
Les problèmes d'hyperactivité-impulsivité

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenante psychosociale, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 19/20	Effectifs N = 7/7
<ul style="list-style-type: none"> - Toujours énervé, n'arrête pas. (E20) - Ce sont des enfants qui ont beaucoup d'énergie. (E18) - Bougent continuellement, n'arrêtent pas. (E3, E17, E14, E15, E2, E7) - Font toujours du bruit, des sons avec la bouche, sont bruyants. (E13, E3, E14, E2, E7, E1) - Pas capable de rester assis, se tortillent constamment. (E3, E8, E9, E20, E11, E1) - Dérange les autres, dérange le groupe, se lève, pose plein de questions (E13, E5, E6, E16, E18, E14, E1) - Ne peuvent pas rester calmes, ont de la misère à aller au bout de leurs tâches. (E19) - Grand besoin de bouger. (E12, E3, E9, E17, E2, E1, E5) - Enfant qui a besoin de dépenser de l'énergie, pas toujours dans le sens où on veut l'orienter parce qu'il n'arrivera pas à s'ajuster à l'ensemble. (E1) - Tic nerveux, verbomoteurs, incapable de rester assis. (E13) - De plus en plus de problèmes de comportements et de socialisation dans les classes associés à une hyperactivité. Crises de colères fréquentes. Dépistage précoce nécessaire. (E6, E4, E3, E15, E2, E1) - Échecs sociaux fréquents en première année, phénomène encore plus important que les problèmes d'apprentissage. (E6) - Les enfants hyperactifs ont beaucoup de conflits avec les autres enfants. (E14) - Enfants hyperactifs ont aussi souvent des comportements sociaux difficiles. (E15) - L'hyperactivité s'accompagne souvent de comportements d'agressivité (batailles, crises de colères incontrôlables, donner des coups, lancer sa chaise). La médication constitue une solution incontournable dans ces cas particuliers. (E4, E6, E3, E15, E11) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas capable de s'arrêter de bouger, ne peuvent pas se contrôler. (I23, I24, I25, I22, I26, I27) - Non fonctionnel, l'hyperactivité empêche l'élève de se concentrer. Mais l'intensité de l'hyperactivité est très variable d'un élève à un autre. (I21) - Problèmes de comportement et de relations avec les autres. Sont agités. Manque d'habiletés sociales. (I24, I27) - Problèmes de comportement et agitation plus grave chez les garçons que chez les filles (I22) - Les hyperactifs présentent parfois des comportements d'agressivité (I21, I23, I24).

Plusieurs enseignantes (E13, E5, E6, E16, E18, E14, E1) mentionnent également que le fait d'avoir des enfants hyperactifs dans la classe constitue en soi une tâche très exigeante et difficile. Trois d'entre elles nous racontent comment elles vivent cette situation :

« C'est très difficile parce que ces enfants dérangent beaucoup les autres en classe et ils ont généralement une influence négative sur la dynamique de classe. » (E5)

« Ils déconcentrent souvent les autres par rapport au travail ou les tâches qui leur sont demandés. » (E16)

« Il y a des journées, c'est plus difficile. Des fois, je me dis mon Dieu, qu'est-ce que je fais, c'est l'enfer avoir un enfant comme cela dans sa classe ». Il est couché à terre en dessous de la table, les deux pieds sur la table, il se met à crier, il court partout, c'est l'enfer. Ça démolit toute la dynamique de groupe. » (E3)

Ainsi, non seulement les élèves hyperactifs exigeraient de la part des enseignants une attention particulière, étant donné qu'ils ne parviennent pas à s'ajuster à l'ensemble de la dynamique de classe, mais ils constitueraient aussi, comme le mentionne une enseignante de maternelle, un véritable défi pour les enseignants qui ont à trouver des solutions pour encadrer ces élèves de façon efficace :

« Cet élève n'arrive pas à cadrer dans un ensemble parce qu'il a besoin toujours de faire des choses qui sont différentes des autres qu'il a besoin de dépenser de l'énergie, pas toujours dans le sens, bien, où on veut l'orienter. C'est-à-dire que, il faudrait que ce soit orienté peut-être pour lui. C'est un enfant qui va peut-être déroger de l'ensemble parce que c'est un enfant qui va avoir besoin d'être orienté, mais dans son domaine parce que il arrivera pas à s'ajuster à l'ensemble. » (E2)

De l'avis de plusieurs (enseignantes (9/20); autres intervenants de l'école (5/7)) le problème d'hyperactivité peut aussi être associé à divers problèmes de comportement et de socialisation. C'est ce que mentionne une enseignante de première année (E6) qui parle abondamment de ce problème en affirmant que dès les premières années du primaire, les « échecs sociaux », c'est-à-dire liés à des problèmes de comportement, « sont aussi importants, sinon plus, que les problèmes d'apprentissage ».

Les propos d'une enseignante de cinquième année vont aussi dans le même sens, lorsqu'elle décrit le cas particulier d'un garçon de sa classe diagnostiqué d'un TDA/H :

« Lui, c'est vraiment mon gros cas d'hyperactivité, je dirais, qui est lié avec des comportements sociaux difficiles, là. On a travaillé plus sur les comportements sociaux parce que c'était ça qui était vraiment... c'est que c'était difficile pour lui. Mais de façon générale on en voit de plus en plus des garçons hyperactifs et qui ont aussi de gros problèmes sur le plan de la socialisation. » (E15)

L'hyperactivité peut aussi donner lieu à l'expression de certains problèmes de comportements inappropriés comme des crises de colère incontrôlables ou à une certaine forme d'agressivité. Dans ce cas bien particulier, bien que ces problèmes soient plus rares, le recours à la médication constituerait, de l'avis de cinq enseignantes (E7, E6, E8, E15, E11), une solution incontournable, voire nécessaire pour permettre à l'élève à se contrôler. En décrivant le cas particulier d'un élève de sa classe, une enseignante mentionne qu'elle peut même identifier l'élève qui « a pris ou non sa médication avant de venir en classe », la médication étant pour lui très positive et bénéfique :

« (...) je peux le savoir par l'agressivité. S'il arrive en criant le matin et qu'il est agressif, je sais qu'il n'a pas pris son ritalin. Il parle fort, il est brusqué et peut même frapper dans les murs, etc. » (E3)

5.1.6.2 Des problèmes d'attention et de concentration

Outre les problèmes d'hyperactivité et d'impulsivité, les intervenants sont aussi fort nombreux (enseignants (19/20); autres intervenants scolaires (6/7)) à souligner le fait que de plus en plus d'enfants présentent également des difficultés à avoir une attention soutenue et à se concentrer en classe. De façon générale, les intervenants décrivent les problèmes identifiés ici de façon générale et sans précision sur la façon dont ils sont liés ou non aux critères diagnostiques d'inattention qui constituent une des manifestations principales du TDA/H. Ainsi, seuls deux intervenantes psychosociales (I25, I26) ainsi qu'un membre de la direction de l'école (I22) font cette association.

Dans cette perspective, les élèves sont généralement décrits comme ayant beaucoup de difficultés à fixer leur attention sur la tâche qui leur est demandée ou à écouter les consignes en classe. « Il faut toujours leur répéter » mentionne une enseignante et « puis même, souvent, s'ils font des efforts, on dirait qu'ils n'arrivent pas à fixer leur attention (E19). Plusieurs expressions variées reviennent aussi de façon récurrente dans les discours et illustrent bien ces difficultés : « pas capable de se concentrer », « ne suit pas », « n'est pas attentif », « inattentif », « dans sa bulle », « ne suit pas du tout », « est facilement distrait », « dans la lune », « n'est pas capable de fonctionner », difficultés à écouter », « difficultés à fixer leur attention », « n'écoute pas les consignes », « ils sont continuellement sollicités par autre chose », « ça bouge trop dans la tête », « pas capable de fixer son attention ». Ces élèves présenteraient également de nombreuses difficultés au niveau de l'organisation, de la planification et de la gestion du temps, ce qui aurait pour conséquence d'engendrer de nombreuses difficultés sur le plan des apprentissages scolaires.

Tableau 5.1.6.2
Des problèmes d'attention et de concentration

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 19/20	Effectifs N = 6/7
<ul style="list-style-type: none"> - Pas capable de se concentrer, toujours debout. (E3, E12, E8) - Désorganisation totale, ne suit pas. (E9) - Au niveau de la concentration, ça bouge trop dans la tête. Ils partent dans leurs pensées. (E16, E4) Il est continuellement sollicité par autre chose, dans sa tête, au niveau de l'attention. (E15) - Inattentif. (E17, E15, E11, E4, E1) - Dans sa bulle. (E4) - Problèmes à canaliser son attention. (E7, E15, E11, E17, E18, E14) - Suit pas du tout, joue avec son crayon ou avec un objet, fait toutes sortes d'affaires. (E1) - Difficultés à écouter, à fixer leur attention, n'écoutent pas les consignes, ont de la misère aussi à aller au bout de leurs tâches. (E19) - Pas capable de mettre son attention plus de 5 minutes sur une feuille, pas capable de faire son travail à longueur de journée. (E5) - Mise en relation entre les exigences du milieu scolaire et les problèmes d'attention et de concentration. (E6, E7, E1, E2) - Association - troubles d'apprentissage et échec scolaire. (E9, E8, E14, E8, E1, E15) - Lenteur, motricité fine et globale. (E4, E1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ça dérange l'enfant au niveau de sa concentration, de sa capacité à faire le travail demandé, à fonctionner selon les demandes de l'école, perd tout de suite le fil de ce que tu lui dis, 5 secondes, il y en a quelques-uns comme ça... (I21) - Difficultés à terminer ce qu'il commence, interrompt, a de la misère à focuser tout le temps et à suivre avec les autres. (I24) - C'est un enfant qui va être facilement distrait par quelque chose qui n'est pas la norme des autres encore une fois, qui va avoir de la misère à terminer ce qu'il commence, qui va interrompre, qui va questionner. (I24) - Ne savent pas s'organiser. (I27) - Souvent ils sont lunatiques, ils décrochent parce que les exigences sont parfois trop élevées. On leur en demande trop. (I25) - Pas capable de se concentrer, faire son travail, pas capable de fonctionner selon les demandes de l'école qui sont quand même assez larges. Il perd tout de suite le fil de ce que tu lui dis, 5 secondes, il y en a quelques-uns comme ça. (I21) - Troubles d'apprentissage, TDA/H et échec scolaire fréquents associés au TDA/H. (I26, I25, I22, I26) - Difficultés légères d'apprentissage. (lecture, écriture) (I23)

Toutefois, ces problèmes d'apprentissage ne relèveraient généralement pas d'un TDA/H, mais plutôt comme nous l'explique une enseignante de maternelle, des conditions d'apprentissage inappropriées et imposées aux élèves dans le cadre scolaire :

« On leur demande de rester assis à leur place et de travailler pendant des heures et des heures là... en ayant seulement une petite récréation le matin, pas de récréation l'après-midi. C'est un peu ça, je dirais le problème. Je me rends compte qu'on leur demande quand même beaucoup aujourd'hui, là, des activités où est-ce qu'ils doivent se concentrer puis... les activités, il y a de la préécriture, il y a aussi de l'écriture qui se fait à la maternelle puis il y a quand même des activités de concentration. Mais si,... en tout cas, peut-être que je me trompe, mais c'est peut-être encore plus frappant quand on arrive en 1^{re} année parce qu'on exige davantage. » (E1)

Un lien étroit semble donc s'établir entre les problèmes d'attention, les problèmes d'apprentissage et les exigences imposées dans le cadre de l'école, lesquelles iraient à l'encontre, comme le mentionne aussi une intervenante psychosociale (I25) de ce qui peut favoriser « de bonnes conditions d'apprentissage ». Toutefois, la description des problèmes observés ne permet pas de préciser la véritable nature des troubles d'apprentissage, leur degré de sévérité et la façon dont ils se manifestent concrètement chez les élèves. Il semble toutefois que dans le cas des enseignantes les problèmes observés sont généralement décrits en termes concrets (par exemple : « ces élèves sont sollicités par autre chose », « inattentifs », « dans leur bulle », « ne suit pas ») observés régulièrement dans le cadre de la classe, tandis que dans l'autre cas les intervenants semblent davantage parler d'un « enfant théorique » (par exemple : « troubles d'apprentissage, « échecs scolaires fréquents associés au TDA/H » « Difficultés légères d'apprentissage ») leur contact étant moins clair avec ces élèves.

5.1.6.3 Mise en relation entre l'hyperactivité, l'intelligence et la curiosité intellectuelle

Prenant à contre-pied les problèmes mentionnés précédemment, presque la moitié des enseignantes que nous avons interrogées (E6, E2, E14, E12, E8, E5, E9, E16, E12) considère que les « élèves hyperactifs » sont des enfants « très intelligents », qui

apprennent rapidement » et qui ont généralement « une imagination et une curiosité intellectuelle débordante » :

« Moi personnellement, la plupart de ceux que j'ai vus, trois ou quatre que je peux dire que j'ai en tête, c'était des garçons qui étaient très, très, très intelligents. Surdoués même. Bien ça, je me souviens, j'en avais un. Je viens d'avoir ça comme flash, là. J'en avais un qui bougeait tout le temps sans arrêt... mais brillant cet enfant-là, là. Au niveau intelligence..., c'était proche de l'hyperactivité selon moi, là, mais je ne suis pas certaine... » (E18)

Tableau 5.1.6.3
Mise en relation entre l'hyperactivité, l'intelligence et la curiosité intellectuelle

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N = 8/20	Effectifs	N = 0/7
<ul style="list-style-type: none"> - Curieux, intelligents, apprennent rapidement. (E6, E2, E14, E12) - Sont souvent des leaders de classe et sont très brillants. (E8) - Enfants très intelligents et doués. (E5) Parce que souvent, les enfant hyperactifs ont des idées extraordinaires. - Ils ont plein d'idées. Ça bouillonne en dedans. Ils ont de l'imagination. (E9) Sont un peu différents, plus curieux et veulent tout apprendre rapidement: (E16, E12) - Ont de l'imagination. Pas de place dans le milieu scolaire pour l'imagination débordante des hyperactifs, pour extérioriser leurs idées foisonnantes. (E9) 		

Dans cette perspective, l'hyperactivité n'apparaît pas comme un problème mais plutôt comme l'expression d'un trait particulier de certains élèves. Toutefois, étant donné que ces enfants sont très intelligents et qu'ils ont généralement une imagination débordante, ils constitueraient aussi, de l'avis d'une enseignante, « un véritable défi à

relever pour réussir à « alimenter leur grande curiosité intellectuelle » (E5) et, ce faisant, pour ne pas perdre leur attention ou leur intérêt en classe.

Résumé-synthèse : Les principaux problèmes des élèves associés à un TDA/H et qui peuvent conduire à une demande d'évaluation psychosociale ou médicale

Parmi les principaux problèmes observés chez les élèves de l'école, ceux associés à l'hyperactivité-impulsivité ainsi que les problèmes d'attention et d'apprentissage occupent une place importante dans le discours de tous les intervenants de l'école. Par ailleurs, ces problèmes sont généralement décrits avec des termes non spécifiques revenant de façon systématique dans les discours : difficultés à écouter, échec scolaire, n'écoutes pas les consignes, désorganisés, etc. Ces différents termes révèlent que différents symptômes sont souvent décrits dans des termes imprécis et qu'ils recouvrent une diversité de comportements problématiques pouvant éventuellement conduire à une demande d'évaluation pour vérifier l'hypothèse du diagnostic du «TDA/H». Par ailleurs, l'idée que les élèves hyperactifs sont des élèves particulièrement «intelligents» et «curieux sur le plan intellectuel» caractérise essentiellement le discours de certaines enseignantes contrairement aux autres intervenants de l'école. Sur le plan des représentations sociales, cette distinction est intéressante à considérer, car on y retrouve d'un côté «l'enfant hyperactif intelligent» qui a un grand besoin de bouger et de l'autre, l'enfant hyperactif souvent associé à l'image de «l'enfant en difficulté» ou en situation d'échec. Ces représentations, qui peuvent sembler au premier abord en contradiction, montrent encore une fois que non seulement le concept d'hyperactivité peut englober différentes problématiques, mais aussi que les modalités d'intervention ne sont pas forcément adaptées aux besoins particuliers de ces élèves; la médication, notamment le ritalin, étant souvent envisagée à court terme pour résoudre les problèmes rencontrés.

5.1.7 Importance de la médication psychostimulante dans le traitement du TDA/H

Nos analyses sur la médication ont permis de faire émerger de l'ensemble des discours une vision très partagée concernant l'importance que revêt la médication

psychostimulante dans le traitement du TDA/H. En effet, 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 TDA/H, la médication constitue une solution plutôt temporaire et de dernier recours.

5.1.7.1 Importance fonctionnelle de la médication

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 revêt 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 ». Les propos d'une enseignante de deuxième année reflètent bien cette vision du médicament :

« [...] pour ce que je peux observer dans ma classe de positif, c'est que l'enfant peut se concentrer à la tâche, par exemple, quand on lui donne une consigne, il est capable de la respecter. Son travail, il est capable de le faire. Par rapport à ça, bien il peut vivre des réussites parce qu'il est capable de s'asseoir, de faire le travail qui est demandé puis de le réaliser. Puis là, l'enfant, bien il a confiance, parce qu'il réussit. Il peut avoir confiance en lui par rapport à ça.» (E9)

Cinq enseignantes (E17, E14, E8, E15, E11) 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, E15) 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.

Tableau 5.1.7.1
Importance fonctionnelle de la médication

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 15/20	Effectifs N = 6/7
<ul style="list-style-type: none"> - Importance accordée au médicament pour favoriser un niveau plus élevé de fonctionnalité générale (réussite scolaire, estime de soi, concentration, comportement). (E4, E1, E11, E8, E15, E14, E20, E17, E9, E3, E18, E19) - Évaluation globale et ciblée nécessaire : tests neurologiques, médicaux, tests psychologiques, évaluation psychosociale. (E6, E13, E7, E16) - Importance des évaluations psychosociales et de l'évaluation médicale pour éliminer d'autres hypothèses diagnostiques. (E6, E13, E7, E16) - La médication permet de diminuer certains comportements perturbateurs, tels l'agressivité, l'impulsivité, les comportements bruyants ou les comportements d'opposition. (E17, E14, E8, E15, E11) - Effet positif de la médication au niveau de la socialisation. (E14, E15) 	<ul style="list-style-type: none"> - Médication efficace pour problématiques multiples (problèmes d'apprentissage, inattention, insécurité, faible estime de soi). (I22, I27) - Examen médical et neurologique en profondeur nécessaire. (I21, I25, I24) - Importance des évaluations psychosociales et de l'évaluation médicale pour éliminer d'autres hypothèses diagnostiques. (I26, I22)

Si l'importance de la médication dans le traitement du TDA/H est, sans aucun doute, reconnue dans le groupe des enseignants mais aussi celui des autres intervenants de l'école, elle reste toutefois conditionnelle à une évaluation médicale, neurologique ou psychosociale rigoureuse, et bien ciblée afin de confirmer (ou d'infirmer) le diagnostic. Certaines enseignantes (E6, E13, E7, E16), une intervenante psychosociale (I26) ainsi qu'un membre de la direction de l'école (I22) soulignent en effet l'importance de ces

évaluations afin de bien cibler, d'une part, les difficultés des élèves, mais aussi, d'autre part, pour éliminer « d'autres hypothèses diagnostiques » avant même que soit envisagée la médication comme solution aux problèmes identifiés dans le milieu scolaire.

5.1.7.2 La médication psychostimulante conçue comme une solution temporaire et de dernier recours

Malgré une certaine ouverture des intervenants à accorder une grande importance à la médication dans le traitement du TDA/H, celle-ci constitue toutefois, pour sept enseignantes ainsi que pour deux intervenants de l'école (I26, I24) une solution de dernier recours.

Tableau 5.1.7.2
La médication psychostimulante conçue
comme une solution temporaire et de dernier recours

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 7/20	Effectifs N = 2/7
Médication conçue comme solution de dernier recours (il faut permettre à l'enfant de bouger, d'envisager d'autres modes d'intervention alternatifs) ou une intervention psychosociale. (E19, E11, E18, E16, E5, E12, E1)	Importance de mettre en place un suivi psychosocial dans le cadre du milieu scolaire. (I24, I27)

Si tous ces intervenants, sans exception, reconnaissent les bienfaits de la médication, ils sont toutefois aussi convaincus de l'importance de mettre en place un encadrement pédagogique approprié ou d'assurer un suivi psychosocial pour faire progresser plus rapidement les élèves sur le plan académique et améliorer leur situation globale. Ils insistent aussi largement sur le fait que la médication doit être envisagée que lorsque tous les autres moyens ou ressources alternatives ont été épuisés ou lorsque les approches alternatives à la médication n'ont pas apporté les résultats escomptés.

Résumé-synthèse : L'importance de la médication psychostimulante dans le traitement du TDA/H

Globalement, une vision fonctionnelle de la médication dans le traitement du TDA/H caractérise la majorité de la population des enseignants et des autres intervenants de l'école. En ce sens, cette vision reflète assez bien certains constats retrouvés dans la littérature scientifique (Paradis, 2000; Cohen et coll., 1999). En effet, il semble bien que même si la médication psychostimulante est perçue comme une solution très efficace dans le traitement des symptômes associés au TDA/H, elle est aussi envisagée en fonction de l'environnement de l'école dans lequel se trouvent les enfants, de leur performance académique et surtout en fonction des conditions et des exigences du milieu scolaire. À ce titre, la médication répondrait ainsi, comme l'indique également l'étude réalisée par Cohen et coll., (1999), aux « exigences premières de la situation problématique perçue, soit celle de pouvoir « assurer un fonctionnement ordonné » des élèves présentant un TDA/H dans le milieu scolaire.

5.1.8 Les principales interrogations et questions liées à la médication

Si la médication constitue, de l'avis de plusieurs, une solution très utile et efficace dans le traitement du TDA/H, elle soulève toutefois de nombreux doutes et questionnements pour l'ensemble des intervenants de l'école que nous avons interrogés sur le sujet. D'une part, ils s'interrogent, notamment les enseignants, sur l'efficacité de la médication et à propos du bien-fondé de l'usage du ritalin dans le traitement des signes et symptômes associés au TDA/H. D'autre part, ils s'interrogent également sur les modes de distribution de la médication psychostimulante et les cas d'abus possibles de l'usage du ritalin auprès des jeunes à l'école primaire.

5.1.8.1 Doutes associés au bien-fondé de la médication psychostimulante et à son efficacité dans le traitement du TDA/H

Pour plus de la moitié des enseignantes (11/20), contrairement à deux intervenants de l'école (I23, I25) l'usage de la médication psychostimulante constitue « une question très sérieuse » qui « ne peut être prise à la légère » étant donné les

nombreux « effets très néfastes » qu'elle peut provoquer sur l'état de santé des jeunes à court ou à long terme. Pour reprendre les termes d'une enseignante de maternelle (E1), il s'agit d'une « drogue » dont les effets sur le « cerveau » ainsi que les risques de dépendance (tant sur le plan psychologique que physique) associés à la médication ne sont pas encore suffisamment bien connus, identifiés ou documentés.

Tableau 5.1.8.1
Doutes associés au bien-fondé de la médication psychostimulante
et à son efficacité dans le traitement du TDA/H

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 11/20	Effectifs N = 2/7
<ul style="list-style-type: none"> - Dangereux pour la santé. (E2, E19, E16, E1, E4) - Dépendance psychologique et physique liée à l'usage prolongé du médicament. (E19) - Risques d'empoisonnement si le suivi médical est insuffisant. (E2) - Risques associés à une consommation quotidienne et sans suivi médical, psychologique ou psychosocial. (E2, E3, E19, E16, E1) - Risques pour la santé parce que le ritalin est une drogue. (E1) - Le ritalin conçu comme une solution facile, temporaire et à court terme plutôt que d'autres alternatives. (E5, E2, E9, E14, E15, E11) - Doutes associés à l'efficacité réelle du médicament pour diminuer les signes et symptômes associés au déficit d'attention. (E2, E11, E14) - Médicament perçu comme une pilule miracle, une béquille pour résoudre d'autres problématiques (problèmes familiaux, problèmes socioaffectifs, problèmes d'apprentissage). (E5, E15, E16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Solution facile et temporaire à court terme pour calmer et arrêter l'enfant de bouger. (I23, I25)

Quelques enseignantes (E2, E3, E19, E16, E1) s'inquiètent aussi des effets possibles d'une consommation de la médication à long terme sans que soit assuré, sur une base régulière, un suivi médical ou psychosocial complémentaire auprès de certains jeunes et de leur famille. « Bien je suis toujours réticente à la médication », déclare une enseignante, ... ça m'inquiète qui en prennent trop... mais ce qui m'inquiète le plus, c'est qu'il n'ait pas de suivi sur un autre plan, que ce soit seulement médical, mais qu'il n'y ait pas d'intervention au niveau de l'éducation, de la famille ». (E19)

Plusieurs termes ou expressions reviennent aussi de façon récurrente dans les discours et reflètent assez bien les nombreux doutes des intervenants à propos de la médication psychostimulante, en l'occurrence le ritalin : « la pilule miracle », « la pilule pour acheter la paix », « une solution facile » et « une solution à court terme et temporaire ». La médication se voit ainsi conçue comme une « béquille », une « solution facile » et « temporaire » que les intervenants considèrent toutefois insuffisante pour régler tous les problèmes pouvant être associés au TDA/H comme les problèmes familiaux, les problèmes d'apprentissage ou les problèmes socioaffectifs. Voici les propos de deux enseignantes :

« On ne peut tout de même pas tendre toujours vers cette solution sans penser à d'autres solutions alternatives dès qu'un enfant bouge trop ou dès qu'un enfant présente des problèmes d'apprentissage. » (E5)

« C'est bien beau le médicament, sauf qu'il y a des enfants que l'hyperactivité, est plutôt d'ordre socioaffectif. Bien s'ils réglent le socioaffectif, ils régleraient une grande partie du problème sans lui donner de médicament. C'est plus ça, là. » (E16)

Poussant encore plus loin ces réflexions critiques, une intervenante psychosociale (I25), qui associe également la médication à une solution temporaire, se demande si le ritalin ne constitue pas en soi « un moyen pour essayer de calmer » certains élèves qui bougent trop » parce qu'ils perturbent le fonctionnement de la classe ainsi que les autres élèves.

Ces propos laissent ainsi transparaître des différenciations entre les représentations qui se démarquent les unes des autres à partir des référentiels qui restent communs aux deux groupes d'intervenants. Si tous s'interrogent sur le bien-fondé du recours à la médication psychostimulante, en l'occurrence le ritalin, il semble bien, par ailleurs, que les enseignants sont davantage centrés sur les effets plus néfastes ou que l'on pourrait qualifier de « pernicieux » de la médication tandis que les non-enseignants parlent plus de « béquille », sorte de mode opératoire pour avoir la « paix », pour calmer les élèves plus turbulents ou agités dans le cadre scolaire.

5.1.8.2 Modes de distribution de la médication psychostimulante et cas d'abus possibles associés au ritalin

Plus de la moitié de la population des enseignants (14/20) et des autres intervenants de l'école (5/7) se disent préoccupés par le fait que de plus en plus d'enfants à l'école primaire consomment le ritalin.

Tableau 5.1.8.2
Modes de distribution de la médication psychostimulante
et cas d'abus possibles associés au ritalin

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 14/20	Effectifs N= 5/7
<ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses interrogations liées à l'augmentation du taux annuel d'enfants à qui l'on prescrit le ritalin. - Le ritalin est plus souvent recommandé actuellement contrairement à autrefois. (E13, E14, E6, E19, E3, E16, E17, E18, E20, E8, E11, E7, E4, E1) - Les enseignants recommandent trop rapidement la médication aux parents (solution magique). (E18, E8, E11) - Les médecins prescrivent rapidement le ritalin. (E16, E17, E20) - Effet mode associé au ritalin sans en connaître les effets à long terme. (E17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogations liées à une surprescription du ritalin, solution fréquente, prises de décisions rapides en faveur de la médication. (I27, I24, I21, I22) - Les enseignants recommandent trop rapidement la médication aux parents (solution magique). (I26)

Cette préoccupation revient en effet de façon systématique dans les discours: Je trouve ça inquiétant », « Moi, je trouve qu'on en parle facilement », « On entend parler de plus en plus du ritalin », « On en voit de plus en plus dans les écoles », « Je me demande toujours pourquoi on parle autant du ritalin ». Une enseignante de sixième année va même jusqu'à se demander si cette augmentation ne serait pas associée à un effet de mode, une sorte de pratique normative, pour contrôler les comportements dérangeants des élèves en classe :

« On dirait qu'on les met tous là-dessus dès qu'ils bougent un peu trop. C'est la mode. C'est comme les broches, sur la rue Sainte-Catherine, tout le monde a des broches... tout le monde a des broches... c'est une mode. » (E17)

À ces diverses interrogations s'ajoutent aussi quelques commentaires plutôt critiques à propos des pratiques de prescription des médecins, lesquelles contribueraient largement, de l'avis de trois enseignantes (E16, E17, E20) et de certains intervenants de l'école (I21, I22, I24, I27) à cette hausse de popularité du ritalin dans le traitement du TDA/H. Ils considèrent que le médicament est généralement prescrit trop souvent et rapidement par les médecins. Une intervenante psychosociale, qui se dit d'ailleurs fort préoccupée par les pratiques de diagnostic et de prescription de certains médecins, se demande si le choix de la médication psychostimulante ne constitue pas, en bout de ligne, une solution médicale pour répondre aux nombreuses demandes formulées par les écoles ou pour soulager les parents désemparés :

« Moi, j'me demande si les médecins ne prescrivent pas le ritalin pour répondre aux demandes de certaines écoles ou tout simplement pour soulager certains parents qui n'en peuvent plus ou qui ne savent plus quoi faire... » (I26)

Une autre intervenante de l'école, qui exprime un point de vue moins critique par rapport aux pratiques de prescription des médecins, considère que les médecins de la nouvelle génération sont au contraire très bien informés et qu'ils sont généralement plus prudents lorsqu'il s'agit de prescrire une médication psychostimulante aux jeunes d'âge scolaire :

« Les médecins d'aujourd'hui sont très bien formés pour aider le parent à faire une bonne évaluation avec eux puis de les diriger comme il faut. Mais il y en a d'autres qui sont carrément axés sur le médicament pour régler le problème. Et je pense que là, ça peut être un manque. De façon générale, bien, c'est embêtant de dire qu'il y en a qui ont la réputation de donner des pilules, mais c'est un petit peu vrai aussi. Ça existe, je dirais, de moins en moins. La nouvelle génération de médecins n'a pas la même optique non plus, j'ai l'impression. Et puis, ils sont plus faciles, peut-être, à laisser aller si c'est pas de leur compétence... on s'en va en pédopsychiatrie, on s'en va là si on a... je pense que c'est peut-être plus dans leur programme universitaire, j'imagine. Je ne peux pas te pointer des doigts de médecins, mais on entend ça. Mais je dirais pas que c'est la majorité. » (I24)

Par ailleurs, si les pratiques de prescription des médecins retiennent l'attention de plusieurs intervenants de l'école, quatre d'entre eux (enseignants (3/30); autres intervenants de l'école (1/7)) semblent être davantage préoccupés par les pratiques de certains enseignants qui présentent, trop souvent, à leur avis, le médicament aux parents comme étant la « solution magique » ou la « solution miracle » aux difficultés que rencontrent leurs enfants.

« Bien moi, ça m'étonne... ça m'étonne encore parce que c'est un fait que j'ai eu connaissance qu'une enseignante a dit, à un parent une fois : votre enfant devrait prendre du ritalin. » (E8)

Les propos d'une intervenante psychosociale sont aussi très explicites quant aux problèmes identifiés dans les pratiques de certaines enseignantes :

« Ce que je trouve difficile c'est que des fois... ça arrive à l'occasion que les enseignantes parlent rapidement de médication et je pense que ce côté-là ça fait que nous quand on arrive à parler de médication, ça passe moins bien. Puis les enseignantes l'amènent pas toujours de la façon la plus adéquate possible. Puis c'est pas péjoratif. Ils l'amènent avec leurs observations de l'enfant puis avec la difficulté concrète qu'ils ont à vivre avec le jeune tous les jours et avec, des fois, une vision que ça va être la solution magique puis qu'on aura rien à faire parallèlement à ça. Il y a aussi beaucoup d'autres alternatives à proposer aux parents, comme des interventions éducatives et des interventions psychosociales. La médication ne doit pas être conçue comme une fin en soi. » (I26)

En accord avec cette intervenante, une enseignante de sixième année se dit aussi fort étonnée de constater que certaines de ses collègues abordent régulièrement la

question de la médication avec les parents alors qu'elle considère que les enseignants ne possèdent pas toutes les connaissances nécessaires pour prendre une telle initiative :

« Le mieux qu'on peut faire, c'est dire oui, ton enfant bouge beaucoup ou non, il ne bouge pas beaucoup. C'est rien que ça qu'on peut faire. Le reste, on ne peut pas le faire. » (E18).

Ces derniers propos suggèrent que la médication proposée aux parents comme étant la seule solution au détriment d'autres solutions alternatives constitue un phénomène bien réel et qui ne peut être ignoré ou du moins occulté par rapport aux diverses réalités du milieu scolaire.

Résumé-synthèse : Les principales questions et interrogations liées à l'usage de la médication dans le traitement du TDA/H

Dans les discours, de nombreux doutes associés à la médication psychostimulante sont exprimés par l'ensemble des intervenants scolaires. De façon générale, la majorité des enseignantes ainsi que les autres intervenants de l'école déplorent que de plus en plus de jeunes consomment du ritalin et plusieurs se disent d'ailleurs fort préoccupés par ce phénomène. Ils sont aussi nombreux à considérer que la médication psychostimulante constitue une solution « temporaire » et de « dernier recours » et qu'elle est trop souvent envisagée pour tenter de résoudre d'autres problèmes que le milieu scolaire ne parvient pas à gérer de façon efficace ou appropriée. Certains propos critiques ressortent aussi de l'ensemble des discours au sujet des pratiques des enseignants et des médecins. En effet, plusieurs enseignantes déplorent le fait que la médication est souvent perçue par leurs collègues comme une solution miracle et critiquent la rapidité avec laquelle la prescription médicale est émise. Certains intervenants scolaires critiquent aussi sévèrement le fait que certains enseignants recommandent trop rapidement la médication aux parents, celle-ci étant présentée comme une « solution miracle » pour résoudre les difficultés de leurs enfants. Ces discours retiennent notre attention concernant la représentation que se font ces différents intervenants de la médication. D'une part, ils se prononcent unanimement sur l'importance que revêt la médication dans le traitement du problème qu'ils appellent « TDA/H ». D'autre part, ils sont convaincus que l'aide apportée à l'enfant et à ses parents ne peut consister uniquement en une médication. Reste maintenant à savoir quelle est la représentation que ces mêmes intervenants ont de la médication lorsqu'ils se prononcent sur les effets positifs ou négatifs qu'ils associent à l'usage du médicament.

5.1.9 Les effets secondaires indésirables de la médication psychostimulante

Les effets secondaires liés à la médication psychostimulante qui reviennent le plus souvent dans le discours des intervenants sont : les effets à court terme et les effets

néfastes à long terme du médicament sur différentes sphères de développement et de l'état de santé général des enfants.

5.1.9.1 Les effets à court terme sur l'état de santé des enfants

Les effets à court terme de la médication qui préoccupent plusieurs intervenants de l'école (enseignants (10/20); autres intervenants scolaires (3/7) sont la perte de l'appétit et l'insomnie. Certains mentionnent également que la médication peut parfois rendre les élèves très « amorphes » et même « zombies » après la prise d'une trop forte dose du médicament. D'autres effets secondaires sont aussi mentionnés, par exemple ceux liés à une diminution de l'appétit, l'apparition fréquente de maux de tête, de maux de cœur et de ventre. On peut toutefois se demander comment ces différents effets sont identifiés chez les élèves étant donné que les intervenants donnent très peu de détails sur les principaux signes qui leur permettent d'identifier ces dysfonctionnements.

Tableau 5.1.9.1
Les effets à court terme sur l'état de santé des enfants

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 10/20	Effectifs N = 3/7
<ul style="list-style-type: none"> - À trop fortes doses, le médicament a de nombreux effets secondaires (agressivité). (E17) L'enfant se sent mal dans sa peau, l'enfant doit être bien dosé. (E6, E17, E20, E7, E4, E1) - Zombie, amorphe. (E12, E19, E17, E8) - Diminution de l'appétit.(E12, E19, E20) - Maux de ventre et maux de cœur. (E12, E4) - Effets sur la santé (général). (E9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficile à trouver le bon dosage. (I21) - Amorphe, éteint. (I25, I26)

Six enseignantes (E6, E4, E17, E20, E7, E1) ainsi qu'un membre de la direction de l'école (I21) discutent aussi abondamment des problèmes relatifs au « dosage de la médication » et plus précisément de l'importance de trouver « le bon dosage » pour que

la médication ait les effets positifs escomptés. « Ce qui peut être difficile au début », mentionne une enseignante, « c'est de trouver la bonne dose, parce qu'on s'aperçoit qu'un enfant qui est bien dosé, les notes scolaires augmentent et son travail est mieux fait » (E7). Si la dose n'est pas appropriée, mentionne une autre, le médicament peut provoquer des effets très négatifs sur le comportement de l'enfant, par exemple des crises de colères incontrôlables et inattendues :

« J'en ai un qui est identifié, là, qui a passé les tests et tout ça, là, et qui a commencé une médication en septembre. Quoiqu'il a eu un essai, là, avec le ritalin, la réponse de l'enfant n'a pas été bonne. Alors ils vont probablement vérifier le dosage et le diminuer ou donner quelque chose qui est connexe, là, parce que ce que ça l'avait fait chez lui, ça... il était devenu hyperagressif. Et là, il faisait des crises incontrôlables, là. Ce qu'il ne faisait pas avant. » (E6)

5.1.9.2 Les effets néfastes à long terme du médicament sur les différentes sphères de développement et de l'état de santé général des enfants

Si les nombreux effets à court terme de la médication sur l'état de santé général des jeunes constituent une importante source de préoccupation pour plusieurs intervenants de l'école, d'autres effets considérés encore plus néfastes et associés à une consommation à plus long terme sont également mentionnés par certains d'entre eux [(enseignants (6/20); autres intervenants scolaires (4/7)].

Tableau 5.1.9.2
Les effets néfastes à long terme du médicament sur les différentes sphères de
de développement et de l'état de santé général des enfants

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 6/20	Effectifs N = 4/7
<ul style="list-style-type: none"> - Dépression assez lourde associée à une consommation du médicament à long terme. (E16, E10) - Dépendance psychologique et physique. (E19, E14) - Effets néfastes du médicament sur le développement et la croissance physique. (E3, E4) - On ne connaît pas tous les effets à long terme associés au médicament. (E17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression associée à une consommation du médicament à long terme (I24, I27) - Dépendance physique et psychologique associés à la prise du médicament (I22, I23)

Le fait de ne pas connaître ou de ne pas bien contrôler tous les effets possibles, voire très nocifs de la médication à long terme sur le développement des enfants constitue un problème très inquiétant et pour lequel, de l'avis d'un membre de la direction de l'école, on se doit de s'interroger sérieusement :

« Ça va faire quelle société d'enfants au ritalin. C'est comme n'importe quelle médication, c'est comme n'importe quel produit qu'on mange, on sait même pas ce qu'il y a dedans des fois puis... on vous nourrit aux pesticides puis etc. Donc, on est en droit de se demander si le ritalin est ou non nocif pour les enfants. » (122)

Bien que cette préoccupation soit omniprésente dans les discours, d'autres problèmes importants de santé, comme la dépression et les problèmes de dépendance psychologique ou physique sont aussi mentionnés par certains (enseignants (2/20); autres intervenants scolaires (4/7)). Une enseignante de sixième année rapporte le cas d'un élève qui a consommé du ritalin pendant plusieurs années et qui éprouve des difficultés à arrêter la médication :

« Je connais un élève qui a pris du ritalin pendant très très longtemps, là, puis il est rendu adolescent en secondaire 4 et puis il essaie régulièrement d'arrêter, puis il recommence parce qu'il dit que il ne peut pas s'en passer. Mais est-ce qu'il va avoir besoin de ça toute sa vie? » (E16)

Ainsi, la principale question qui se pose ici est de savoir quel est le véritable impact du médicament à long terme sur l'état de santé général de ces jeunes, et en particulier, quels sont les risques de dépendance psychologique ou physique pouvant y être associés.

Résumé-synthèse : Les effets négatifs associés à la médication psychostimulante

La médication occupe une place importante dans les propos des intervenants et plusieurs en soulignent les effets négatifs sur les enfants. Parmi les effets jugés négatifs, on retrouve plusieurs des effets secondaires rapportés régulièrement dans la littérature médicale (Barkley, 1998, Dubé, 1992) : maux de ventre et de tête, diminution de l'appétit, réactions émotives exacerbées et diminution du rythme de la croissance. Le problème de la dépendance psychologique ainsi que l'impact d'une consommation à long terme sur la santé des enfants retient aussi l'attention de certaines enseignantes et, de façon plus générale, de la majorité des autres intervenants de l'école. Si les effets secondaires en inquiètent plusieurs, ceci semble toutefois être étroitement associé au manque de suivi des enfants sur le plan médical. Par ailleurs, aucun propos n'a été relevé dans l'ensemble des discours concernant les attentes des intervenants par rapport au suivi médical, par exemple la fréquence du suivi ou les buts spécifiques recherchés à long terme avec la médication.

5.1.10 Les effets désirables et positifs associés à la médication

Malgré de nombreux doutes et inquiétudes associés à l'usage de la médication psychostimulante dans le traitement du TDA/H, ses effets positifs sur le comportement général des élèves en classe sont aussi bien reconnus et appréciés par plusieurs intervenants. La médication aurait, pour certains, un effet direct sur la réussite et la performance scolaires alors que pour d'autres, elle aurait un impact important et significatif sur le processus de socialisation de ces élèves dans le milieu scolaire.

5.1.10.1 Les effets positifs de la médication psychostimulante sur la réussite et la performance scolaire

La médication psychostimulante est généralement perçue par plusieurs intervenants (enseignants (10/20); autres intervenants scolaires (3/7)) comme une solution positive et efficace dans la mesure où elle permet aux élèves d'être plus fonctionnels dans le milieu scolaire et sur le plan académique.

Tableau 5.1.10.1
Les effets positifs de la médication psychostimulante
sur la réussite et la performance scolaire

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 10 /20	Effectifs N = 3/7
<ul style="list-style-type: none"> - Performance et réussite académique, parce que les enfants sont plus calmes, ne dérangent pas les autres et peuvent accomplir leurs tâches scolaires. (E6, E9, E16, E14, E15, E7) - Meilleures notes scolaires après la prise du médicament. (E14, E7) - Plus grande réussite au niveau de certain apprentissages particuliers (lecture et écriture). (E1) - Effet de la médication sur le niveau d'attention et de concentration des élèves. (E6, E9, E17, E20, E7) - Respect des consignes et réussites académiques parce que la médication permet de mieux se concentrer et faire le travail. (E3, E9) - Médication nécessaire parce que sinon les élèves ne sont pas fonctionnels dans la classe et face à la tâche. (E14) 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus grande réussite au niveau des apprentissages, meilleur rendement. (I22, I25) - Effet immédiat et à court terme de la médication sur le niveau d'attention et de concentration des élèves. (I26)

Pour plusieurs des intervenants, la médication psychostimulante permettrait ainsi aux élèves d'être plus efficaces face aux différentes tâches scolaires et augmenterait aussi leur capacité à fournir des efforts en classe. Certains effets positifs sont aussi observés par une enseignante au niveau de la qualité du travail accompli et de l'acquisition de certaines habiletés d'apprentissage, par exemple celles liées à la lecture et à l'écriture :

« Quand il prenait ses médicaments, il travaillait un peu plus et c'était un enfant qui pouvait réussir. Ce n'était pas juste une question de réussite, là, mais son écriture était plus compréhensible, sinon on était pas capable de rien lire.» (E7)

Certaines enseignantes (E6, E3, E9, E17, E20, E14, E7) ainsi qu'une intervenante psychosociale (I26) mentionnent aussi les effets positifs de la médication sur le rendement scolaire qu'elles associent plus précisément à une meilleure capacité d'attention et de concentration des élèves lors de la réalisation des tâches scolaires. Ainsi, lorsque la médication est efficace, ses effets positifs seraient « immédiats » et facilement perceptibles. Trois enseignantes décrivent dans le détail ces effets de la façon suivante :

« [...] aussitôt qu'il a pris son ritalin, le petit gars il écoutait mieux. Ça, c'est clair. Lui, le médicament l'a aidé parce qu'il n'avait aucune concentration sinon. » (E17)

« Bien que ce soit pour les examens ou pour les travaux, il y en a qui sont tellement pas capables de se concentrer, J'en ai un, c'est l'exemple parfait. Sans médicament il peut passer la journée à rien écrire, juste laisser le temps passer, faire l'avion avec sa règle, d'autres crayons. Puis il travaille absolument pas du tout. Quand il prend ses médicaments il travaille beaucoup plus, c'est un autre enfant... qui peut bien réussir sans être un premier de classe, là. Il peut avoir, par exemple, soixante, soixante-dix puis se retrouver avec vingt, vingt-cinq pourcent des fois. C'est à peu près cinquante points de différence. Moi je pense que c'est très important. » (E14)

« On s'aperçoit tout de suite qu'un enfant qui est bien médicamenté et suivi sur le plan médical, les notes scolaires augmentent et que son travail est mieux fait. En fin d'avant-midi, où ça ne fait plus effet, on s'en rend compte tout de suite aussi. Comme un enfant qui arrive le matin qui dit qui a pris sa dose, on le voit aussi. » (E7)

Ainsi non seulement la médication semble avoir un effet positif parce qu'elle permet aux élèves d'accomplir leurs tâches scolaires, mais elle semble aussi favoriser leur performance scolaire qui se traduit par une plus grande réussite sur le plan académique.

5.1.10.2 Les effets positifs de la médication sur le processus de socialisation des élèves dans le milieu scolaire

Plusieurs enseignantes (10/20) ainsi que la majorité des autres intervenants de l'école (4/7) mentionnent aussi les bienfaits de la médication sur le comportement et les problèmes d'estime de soi des élèves présentant un TDA/H.

Tableau 5.1.10.2
Les effets positifs de la médication
sur le processus de socialisation des élèves dans le milieu scolaire

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 10/20	Effectifs N = 3/7
<ul style="list-style-type: none"> - Effet de calme et de bien-être, diminution de la souffrance. (E17, E20, E6) - Sentiment de fierté, plus sécure et fonctionnel, meilleure dynamique de groupe, diminution des crises de colère, de l'impulsivité et crises de colère. (E4, E3) - Plus grande confiance et estime de soi, moins de conflits avec les autres enfants et l'enseignante, plus attentifs et souriants. (E1, E8, E11, E9) - Donner la chance à l'enfant de réussir sa vie lui permettre de faire ce qu'il aime. (E15) 	<ul style="list-style-type: none"> - Effet positif de la médication sur l'estime et la confiance en soi, sentiment de bien-être, meilleure intégration dans le groupe. (I24, I27, I26, I23)

Contrairement à une vision purement fonctionnelle du médicament centré sur la réussite académique et scolaire, la médication constituerait aussi, de l'avis de plusieurs, une solution efficace pour apporter un sentiment de bien-être et de fierté aux élèves, pour les aider à mieux s'intégrer dans le milieu scolaire et pour leur permettre de développer une plus grande estime et confiance en soi. Plusieurs insistent d'ailleurs largement sur le fait que devant des échecs fréquents vécus dans plusieurs sphères de leur vie, bien des élèves présentant un TDA/H finissent par comprendre qu'ils sont incapables d'accomplir ce que les autres semblent avoir de la facilité à faire. En d'autres termes, ils peuvent aussi en arriver à démissionner avant même de commencer. L'effet important qu'aura cette situation sur les enfants se résume, comme le souligne une intervenante, en une diminution de l'estime de soi :

« Moi, je me dis qu'il ne faut pas laisser l'enfant dans une attitude négative, parce que souvent il le devient, parce qu'il a de la misère à s'intégrer dans le groupe, à se faire des amis, l'estime de lui en prend un coup là-dedans, il se met en doute, la confiance dans ses apprentissages parce qu'il n'est pas

capable de se concentrer puis dans le fond, il a les possibilités intellectuelles pour le faire, mais il n'est pas capable de le contrôler. Dans ce cas le médicament a été très important parce qu'il a agi véritablement. » (I24)

La médication aurait aussi des effets très positifs pour les élèves qui présentent des symptômes d'hyperactivité ou d'impulsivité associés au TDA/H. Plusieurs enseignantes soulignent en effet que ces élèves finissent dans plusieurs cas par avoir des difficultés sociales de l'ordre du rejet ou du retrait. Dans ce cas particulier, la médication pourrait non seulement aider ces élèves à mieux contrôler leur impulsivité, mais aussi à mieux fonctionner avec les autres élèves de leur classe ou de l'école. Ces élèves, déclare une enseignante (E7), « ont beaucoup de misère à maîtriser leur impulsivité et leur agitation peut devenir une cible facile pour les autres ». Lorsque leurs comportements deviennent plus agressifs, déclare une autre (E1), c'est le rejet des autres qui peut prendre la place. Trois autres enseignantes, (E17, E20, E15), estiment aussi que ces élèves présentent non seulement plusieurs difficultés sur le plan social mais aussi sur le plan affectif et personnel : ce sont des élèves qui souffrent et qui vivent très difficilement le rejet ou le fait d'être marginalisé par les autres élèves :

« Je le sens qu'il n'est pas heureux, qu'il souffre en dedans. À ce moment-là... comme l'élève que j'avais l'année passée, le soir, à quatre heures, sa médication était finie. » (E20).

« Un enfant qui est hyperactif, c'est évident là tu le vois qu'il souffre. » (E17)

« Le positif avec le médicament c'est que justement ils peuvent mieux fonctionner dans le groupe, parce que des fois, ceux qui fonctionnent pas vraiment bien, ils se font pointer du doigt. » (E8)

Résumé-synthèse : Les effets positifs de la médication sur le processus de socialisation des élèves dans le milieu scolaire

Les effets positifs sur le comportement des enfants sont reconnus et appréciés de plusieurs enseignantes et des autres intervenants de l'école, résultant en une meilleure performance scolaire, une meilleure estime de soi et une plus grande facilité à s'intégrer sur le plan de la socialisation. En ce sens, on peut donc penser que la médication s'inscrit dans une vision fonctionnelle de la maladie et du médicament en ce qu'elle permet de répondre, comme l'ont déjà montré les travaux de Cohen et coll. (1999), à certaines exigences premières de la situation problématique perçue : soit celle d'assurer, à court terme, le bon fonctionnement des élèves présentant un TDA/H.

Cette vision fonctionnelle de la « maladie » et de la médication pourrait ainsi renforcer l'idée, comme le soulignent Cohen et coll., (1999) que les difficultés des élèves présentant un TDA/H sont celles « des enfants » et non pas celles liées au contexte scolaire. Toutefois, nous n'avons retenu aucun propos dans le discours des intervenants portant sur les conditions du cadre scolaire qui s'opposent de façon évidente à une gestion efficace et objective de ces enfants en classe. Pourtant, ces conditions sont réelles et ont déjà été largement soulignées par de nombreux auteurs (Paradis, 2001; Lloyd, 2006; Lloyd, 2000).

Ce sont ces conditions que la partie suivante vise à préciser et à nuancer afin d'en comprendre les particularités, d'en mesurer l'importance et d'en interpréter avec justesse les effets sur les représentations que s'en font le groupe d'enseignants et celui des autres intervenants scolaires vis-à-vis du TDA/H et de la médication psychostimulante ciblées dans le cadre de cette étude.

DEUXIÈME PARTIE

5.2 Les conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent les pratiques professionnelles liées au TDA/H et la médication psychostimulante

Les conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent les pratiques professionnelles liées au TDA/H et à la médication psychostimulante du groupe des enseignants et de celui des autres intervenants de l'école ont pu être mises en évidence à partir de trois thèmes particuliers, soient : l'approche générale d'évaluation, les modes d'intervention privilégiés et le suivi des élèves présentant un TDA/H ou un autre problème similaire et, finalement, les problèmes rencontrés dans les modes d'intervention auprès de ces élèves dans le cadre scolaire.

5.2.1 L'approche générale de l'évaluation liée au TDA/H

Notre analyse de l'approche générale d'évaluation liée au TDA/H a permis de mettre en évidence que la majorité des enseignantes et des autres intervenants de l'école concernés s'estiment généralement très satisfaits des évaluations des élèves réalisées dans le cadre de l'école. Ils considèrent que les évaluations psychosociales sont généralement très rigoureuses, complètes et suffisamment détaillées pour leur permettre d'assurer un suivi auprès des élèves présentant des symptômes associés à ce trouble particulier. Par ailleurs, plusieurs constatent aussi certaines lacunes au niveau de la procédure générale d'évaluation qu'ils associent non pas au travail réalisé lors des évaluations psychosociales, mais plutôt à de nombreux délais rencontrés avant que soient formellement entreprises ces évaluations. Certains intervenants discutent également des démarches et des moyens qu'ils doivent régulièrement mettre en oeuvre pour mieux supporter les parents et pour contourner ces délais rencontrés.

5.2.1.1 Une démarche d'évaluation rigoureuse entreprise par les intervenants de l'école

La majorité des enseignantes (11/20) et des autres intervenants de l'école (5/7) gravitant autour des élèves présentant des symptômes associés au TDA/H expriment une très grande satisfaction vis-à-vis de leur degré d'implication dans le processus global d'évaluation. Les enseignantes estiment qu'elles participent régulièrement aux

évaluations entreprises dans le cadre scolaire avec les intervenantes psychosociales et les membres de la direction de l'école et soulignent tout particulièrement la rigueur de la démarche d'évaluation effectuée par les intervenantes psychosociales de l'école. De leur côté, deux intervenants de l'école, soit une intervenante psychosociale (I25) et un membre de la direction de l'école (I22), saluent tout particulièrement la collaboration des services complémentaires et des conseillers pédagogiques de la Commission scolaire ainsi que leur appui dans l'évaluation et l'orientation des élèves présentant des problèmes plus sévères vers des écoles ou ressources spécialisées.

On peut retracer par ailleurs une très grande préoccupation dans les discours des enseignantes et des intervenantes psychosociales de l'école concernant l'importance de mettre en place une approche d'évaluation individualisée pour ces élèves. Elles mentionnent les différents outils ou moyens (grilles d'observation, prise de notes, tests spécifiques et questionnaires) qu'elles utilisent généralement lors de la phase d'évaluation et ce qu'elles tentent de réaliser auprès de ces élèves. Elles précisent également le but qu'elles poursuivent habituellement lors de l'évaluation, soit celui de vérifier la présence ou non d'un problème associé à un TDA/H et d'éliminer d'autres causes possibles ou autres problèmes (autres troubles du développement, problèmes affectifs, troubles familiaux, etc.) pouvant éventuellement être à la source des difficultés identifiées chez les élèves. De leur côté, les enseignantes disent utiliser les approches suivantes : grilles d'observation, grilles de comportement, prise de notes, feuilles de route et recherche d'information auprès des parents. Quant aux intervenantes psychosociales, en fonction de leur champ d'expertise respectif, elles utilisent les questionnaires ou tests suivants :

- grilles d'observation, tests diagnostiques et batteries de tests développés par la Commission scolaire;
- critères du DSCL, grilles d'observation du comportement, échelle Asselin;
- évaluation intellectuelle, Wisk 3, l'échelle de Conners, critères diagnostiques du DSM 4;
- échelle de Conners, critères diagnostiques du DSM 4.

Tableau 5.2.1.1
Une démarche d'évaluation rigoureuse entreprise par les intervenants de l'école

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N = 11/20	Effectifs	
		N = 6/7
<ul style="list-style-type: none"> - Participe régulièrement à des évaluations avec les autres intervenants de l'école (direction de l'école, psychologue, psychoéducatrice, infirmière, orthopédagogue), les évaluations psychosociales sont faites de façon rigoureuse et permettent d'assurer un suivi approprié des élèves . - Moyens utilisés pour l'évaluation des élèves : grilles d'observation, grilles de comportement, prise de notes, feuilles de route et recherche d'information auprès des parents. (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E14, E16, E17, E18, E19, E20) - Insatisfactions exprimées à l'égard d'évaluations obtenues de médecins spécialistes, notamment des pédiatres en bureau privé et de médecins spécialistes en milieu hospitalier. (E4, E10, E14) 		<ul style="list-style-type: none"> - Participe régulièrement avec les enseignantes lors de la phase d'évaluation. (I21, I22, I25, I26, I27) - Les services complémentaires de la Commission scolaire et les conseillers pédagogiques unifient les pratiques, participent aux différentes phases d'évaluation et d'intervention; apportent leur support et leur appui pour orienter les services offerts aux élèves. (I25, I22) - Grilles d'observation, tests diagnostiques et batteries de tests développés par la Commission scolaire. - Critères du DSCL, grilles d'observation du comportement, échelle Asselin. - Évaluation intellectuelle, Wisk 3, Échelle de Conners, critères diagnostiques du DSM4. (I24, I25, I26, I27) - Insatisfactions exprimées à l'égard d'évaluations obtenues de médecins spécialistes, notamment des pédiatres en bureau privé et de médecins spécialistes en milieu hospitalier. (I25, I26)

Certains commentaires d'insatisfaction exprimés à l'égard d'évaluations obtenues de médecins spécialistes, notamment des pédiatres en bureau privé et de médecins spécialistes en milieu hospitalier ressortent également des discours de deux intervenantes psychosociales (I25, I26) et de trois enseignantes (E4, E10, E14). D'une part, elles estiment que les évaluations réalisées par les médecins spécialistes ne considèrent pas l'ensemble des dimensions du développement de l'enfant et que les résultats de leurs évaluations conduisent trop rapidement à une médication. D'autre part,

elles déplorent aussi le fait que les médecins prescrivent une médication sans toutefois tenir compte de leur opinion professionnelle et des résultats de leur évaluation.

5.2.1.2 Délais rencontrés au niveau du processus d'évaluation, du suivi et de la prise en charge du TDA/H

Plusieurs enseignantes (10/20) et d'autres intervenants de l'école (4/7) discutent plus précisément de la lenteur du système de prise en charge des élèves et du manque de temps et des ressources spécialisées.

Tableau 5.2.1.2
Délais rencontrés au niveau du processus d'évaluation,
du suivi et de la prise en charge du TDA/H

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 10/20	Effectifs N = 4/7
<ul style="list-style-type: none"> - Quelques fois, le temps que ça prend avant que l'évaluation soit faite, on est déjà rendu à la fin de l'année. (E19) - Manque de ressources, de temps et de services spécialisés pour l'évaluation des élèves référés. La psychologue et l'orthopédagogue ne peuvent pas répondre à toutes les demandes. (E1, E15, E11, E17, E5) - Processus très long. Il y a des débordements et c'est souvent une question de budget. (E17) - Lenteur du processus et il n'y a pas de suivi. (E3, E1) - Parfois, aucun suivi. Il y a des glissements dans le système. L'attention professionnelle arrive trop tard, on attend trop souvent que ce soit un gros problème. Le cas n'est pas considéré prioritaire. (E6, E17, E15, E1) - Parfois, certains cas à la maternelle ne sont pas référés, parce que les enseignants et la direction d'école hésitent à étiqueter l'enfant. (E9, E5) - Parfois très long l'évaluation en psychologie. (E9, E15) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandes d'évaluation accumulées jusqu'au mois d'octobre. (I26) - Problèmes rencontrés pour prioriser les services au niveau du processus d'évaluation. (I25) - Il y a des élèves qui nous glissent entre les doigts et des cas qui sont tellement lourds. (I25, I27, I21) - Manque de services liés à un problème de répartition des budgets à la Commission scolaire. Malgré les nombreuses demandes de services,

<p>- Réticences de certains enseignants à référer. (E1) - Parfois même en sixième année, les élèves n'ont pas de code d'identification comportemental, ne sont pas identifiés, pas évalués. (E14)</p>	<p>les budgets ne sont pas alloués ou sont insuffisants. (I27)</p>
--	---

Selon plusieurs enseignantes, la procédure d'évaluation des élèves présentant un TDA/H ou autres problèmes similaires ainsi que la prise en charge de ces élèves dans le milieu scolaire s'inscrivent dans un processus administratif qui est généralement très lourd et insuffisant pour répondre à l'ensemble des demandes de service. Elles mentionnent en effet que « la procédure d'évaluation est généralement très longue », « qu'il y a souvent des débordements » ou que certains élèves « glissent dans le système » parce qu'ils ne sont pas identifiés ou dépistés dès leur entrée dans le milieu scolaire. Par exemple, très souvent, comme le mentionne plus précisément une enseignante de 6^e année, « on voit que ces enfants présentent certaines difficultés en première année et ça continue en 2^e et en 3^e année. Mais rien ne se passe » (E17). À chaque année, ajoute une autre :

« Les demandes d'évaluation sont très nombreuses et les délais sont souvent très longs avant que les services puissent être mis en place. Une année entière peut parfois s'écouler, avant même qu'un élève soit référé pour une évaluation et même lorsqu'il y a des cas complexes ou lourds de TDA/H, tout le temps que ça prend et bien, on se rend compte qu'on est déjà rendu à la fin de l'année. » (E14)

Parmi les différents facteurs identifiés pour expliquer ces nombreux délais dans le processus d'évaluation, le manque de ressources professionnelles et spécialisées est souvent mentionné : « Il y a énormément de demandes de services » déclare une enseignante et « c'est même parfois décourageant ». « On a beau remplir des formulaires, le service est là, mais les ressources sont insuffisantes en psychologie, en orthopédagogie ou en psychoéducation pour assurer le suivi nécessaire auprès des élèves ». (E21)

Ce problème identifié au niveau des ressources professionnelles et spécialisées constitue également une source de frustration importante pour plusieurs enseignantes qui ne peuvent obtenir de services appropriés pour certains élèves de leur classe ou lorsqu'il

s'agit d'assurer un suivi auprès de ces élèves. « Quand je regarde la psychologue de l'école » explique une enseignante de maternelle, « elle est débordée... puis je trouve ça dommage parce que des fois, quand on doit faire évaluer des enfants, on attend parfois très longtemps. Ça, je ne suis plus capable ». (E3)

En accord avec ces enseignantes, les intervenantes psychosociales de l'école se disent aussi surchargées et incapables de répondre à toutes les demandes d'évaluation. L'une d'entre elles nous explique sa situation :

« L'année prochaine, je vais commencer avec des évaluations que je n'ai pas eu le temps de faire cette année. Alors, j'ai en masse de travail pour me rendre jusqu'au mois d'octobre, puis en octobre avec le premier bulletin, les nouvelles références vont sortir. Ça fait que j'ai pas le temps d'aller faire de l'observation systématique dans les classes et de dire cet enfant-là a peut-être un problème d'attention ou un problème d'hyperactivité, on l'évalue. » (I25)

Pour pallier ces différents problèmes, les intervenantes psychosociales se voient parfois même contraintes de prioriser les demandes de service en fonction des difficultés présentées et de l'urgence de la situation. Les propos d'une intervenante psychosociale illustrent bien cette situation lorsqu'elle explique le cas d'un élève hyperactif qui présente également certaines difficultés au niveau de ses apprentissages :

« Donc, si l'enfant souffre d'hyperactivité, le premier service qui est privilégié est celui en psychologie. Par la suite peut-être qu'il viendra en orthopédagogie, beaucoup plus tard, mais on va se départager la tâche à peu près comme ça. Ça fait qu'il est référé d'abord en psychologie. Il ne peut donc pas avoir tout de suite des services en orthopédagogie. Il doit attendre et cette période d'attente est parfois très longue... » (I25)

Ces quelques exemples montrent bien qu'une part importante des problèmes identifiés au niveau de la procédure d'évaluation semble être étroitement liée à un manque de ressources professionnelles. Le suivi semble être souvent perçu comme inadapté aux situations et aux difficultés que vivent certains élèves. Les enseignantes ainsi que plusieurs intervenants de l'école, notamment les intervenantes psychosociales, considèrent qu'il y a un manque important de ressources professionnelles et pédagogiques, ce qui engendre forcément des délais importants sur le plan de l'évaluation, de l'intervention et du suivi des élèves sous toutes ses formes.

5.2.1.3. Des démarches et des moyens concrets mis en place par les intervenants de l'école pour pallier les différents problèmes rencontrés au niveau de la procédure générale d'évaluation et le suivi des élèves présentant un TDA/H ou autres problèmes similaires

Malgré les nombreux délais identifiés au niveau de la procédure générale d'évaluation et du suivi des élèves, plusieurs enseignantes (7/20) et d'autres intervenants de l'école (5/7) mentionnent l'importance d'établir un lien de collaboration et d'assurer un suivi auprès des parents afin de les informer des difficultés identifiées en classe à propos de leurs enfants ou lorsque la situation s'impose. Parmi les différents moyens dont disposent les intervenants de l'école pour établir un premier contact avec les parents, l'agenda de l'élève constitue, pour plusieurs enseignantes, un moyen privilégié pour communiquer avec les parents et leur transmettre certaines informations à propos des difficultés observées chez leur enfant en classe tandis que les autres intervenants de l'école qui n'ont pas accès à l'agenda, optent plutôt pour des échanges téléphoniques avec les parents soit pour les convoquer à participer à une rencontre ou, soit pour faire le point sur les démarches à entreprendre par rapport au suivi de l'élève dans le cadre scolaire.

Tableau 5.2.1.3

Des démarches et des moyens concrets mis en place par les intervenants de l'école pour pallier les différents problèmes rencontrés au niveau de la procédure générale d'évaluation et le suivi des élèves présentant un TDA/H ou autres problèmes similaires

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 7/20	Effectifs N = 5/7
<ul style="list-style-type: none"> - Écrire des notes à la mère dans l'agenda pour informer, expliquer ou transmettre des observations sur le comportement de l'élève et les difficultés observées. (E3, E9, E4) - Écrire dans l'agenda pour sensibiliser les parents aux problèmes observés, mais aussi pour leur poser des questions sur le comportement de l'enfant à la maison. (E3, E14) - Écrire dans l'agenda permet aux parents d'être informés sur la façon dont ça se passe à l'école avec leur enfant. C'est aussi une façon de garder le contact, de les tenir informés. - Moyen très efficace, lorsqu'il y a lieu, pour vérifier si l'enfant a pris sa médication. (E9, E3, E10) - Écrire dans l'agenda pour créer un lien précis avec le parent. Par exemple, ils peuvent être informés que leur enfant a eu une contravention dans la journée à cause de son comportement inapproprié en classe ou dans l'école. (E9) - Écrire dans l'agenda pour faire prendre conscience à l'enfant qu'il y a un lien qui est établi entre ses parents et son professeur. (E14) - L'agenda permet de créer et de maintenir un lien avec le parent. Par exemple, lui faire signer le plan de route. (E1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Appeler les parents pour discuter des problèmes ou les convoquer à participer à une rencontre multidisciplinaire, une rencontre avec l'enseignante, ou demandeur leur autorisation pour procéder à une évaluation. (I26, I25, I27, I21, I22)

Ainsi, non seulement l'agenda constitue un moyen de communication privilégié par les enseignantes pour « informer les parents à propos des problèmes identifiés en classe »

mais aussi pour planifier avec eux un moment de rencontre lorsque ces problèmes semblent persister :

« C'est sûr qu'au départ, la première étape, j'écris dans l'agenda. Bon, elle a eu tel ou tel comportement dérangeant, c'est à vérifier. Si je vois qu'après une semaine, il n'y a aucune amélioration, il n'y a rien qui se fait, je vais réécrire et je convoque les parents. » (E10)

Trois enseignantes (E9, E3, E10) estiment également que l'agenda constitue un moyen de communication très efficace pour échanger des informations précises avec les parents à propos de la médication ou pour leur faire part de certaines observations faites en classe sur le comportement de leur enfant. Ce que je fais, mentionne une enseignante de deuxième année, « j'écris des mots dans l'agenda en indiquant que cette journée-là ça a été très bien, un autre jour, ça n'a pas bien été parce qu'il a fait ça ou ça ou des petites choses qui n'étaient pas correctes » (E9). Ces échanges peuvent aussi être très utiles pour faire prendre conscience aux parents des conséquences négatives liées à l'oubli de la prise de la médication sur le fonctionnement de leur enfant en classe :

« Moi, dans le fond ce que je voulais c'est disons de leur montrer que, par exemple, mardi, ça été très mal et peut-être que vous savez pourquoi dans le fond, c'est parce qu'il n'a pas été médicamenté cette journée-là. » (E10)

5.2.1.4 Des rencontres informelles entre les intervenants de l'école pour trouver des moyens ou des solutions avant que soit amorcée officiellement la procédure d'évaluation

Plusieurs enseignantes (10/20) ainsi que les trois intervenantes psychosociales de l'école (3/7) discutent aussi abondamment de l'importance que revêtent les rencontres informelles pour trouver des moyens ou des solutions avant que ne soit amorcée officiellement la procédure d'évaluation.

Tableau 5.2.1.4

Des rencontres informelles entre les intervenants de l'école pour trouver des moyens ou des solutions avant que soit amorcée officiellement la procédure d'évaluation

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 10/20	Effectifs N = 3/7
<ul style="list-style-type: none"> - On en discute entre profs mais c'est surtout informel. (E2) - Mais ça dépend aussi du prof. Prendre le temps de voir le prof de cet enfant-là hyperactif ou qui présente des troubles d'attention. (E19) - Parler avec l'enseignante de maternelle qui a eu l'élève hyperactif. Parce qu'en première année, ça va tellement vite, il faut savoir dès le début. (E5) - Briser l'isolement, aller voir le prof qui a eu l'élève l'année précédente pour avoir son avis. (E18) - Aller voir l'infirmière par exemple, voir aussi l'orthopédagogue. En parler avec le prof. On se dit que ça n'a pas de bon sens, il faut agir. (E11) - L'enseignante de l'année précédente peut venir me parler ou la psychoéducatrice qui a travaillé avec un enfant l'année précédente. (E9) - Je parle des problèmes avec la psychoéducatrice ou les autres profs qui connaissent l'enfant. On peut parler des enfants qui manquent d'attention ou d'un cas d'hyperactivité. (E15) - Permet de voir autre chose puis de trouver des solutions. Souvent les autres ont une autre vision parce qu'ils ne sont pas dans ta classe. (E16) - Parler surtout avec l'orthopédagogue. (E16) Discuter beaucoup avec la psychologue ou la psychoéducatrice. Discuter ensemble pour trouver des moyens concrets. Souvent, elles connaissent les enfants, parce que l'enseignante de l'autre année lui en a parlé. (E8) - On en parle beaucoup entre nous pour se défouler quand un élève entre autres nous prend beaucoup d'énergie. (E11) - On en parle mais c'est souvent informel. Comme un ras-le-bol, sur l'heure du dîner, par exemple. (E9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a beaucoup de discussions informelles. Ça arrive souvent que les professeurs viennent nous voir. Souvent, on leur suggère des petits trucs pour aider rapidement et voir si ça a un impact, en attendant une évaluation plus formelle aussi. (I26) - Beaucoup de discussions informelles parce que les enseignants sont essouffés. Ils ont besoin de trucs, de moyens pour gérer certains problèmes avec certains élèves dans leur classe. (I27) - C'est souvent un défoulement d'abord. Le prof a besoin d'extérioriser ce qu'il vit. On essaie de trouver une solution pour améliorer la situation. (I25)

Pour plusieurs enseignantes, ces rencontres informelles, qui ont généralement lieu à l'école (dans la salle des professeurs, les corridors, etc.) et à divers moments de la journée (l'heure du dîner, périodes de récréation ou après les heures de classe) constitueraient des moments privilégiés pour non seulement échanger avec les autres enseignantes ou les intervenantes psychosociales des informations précises à propos de certains élèves qui présentent des symptômes ou signes associés au TDA/H, mais aussi pour essayer de trouver « des moyens concrets » ou des « solutions » aux problèmes qu'elles rencontrent dans leurs modes d'intervention auprès de ces élèves en classe. Les intervenantes psychosociales soulignent également, de leur côté, l'importance de ces rencontres pour « apporter un certain répit » ou le support nécessaire aux enseignantes dans leurs modes d'intervention auprès de ces élèves.

De façon générale, les enseignantes insistent aussi largement sur le fait que ces rencontres informelles constituent un lieu privilégié où elles peuvent se défouler, refaire le plein d'énergie « exprimer leur ras-le-bol » ou trouver le support nécessaire auprès de leurs collègues lorsqu'elles vivent des situations plus difficiles avec certains élèves de leur classe.

Quelques fois, déclare une enseignante de sixième année :

« ... on a plus d'idées. Quand il y a lieu. oui, ça oui, on en discute ensemble pour trouver des moyens concrets. Alors, je dirais que l'an passé, j'ai travaillé pas mal avec la psychoéducatrice à ce niveau-là. On s'en parle beaucoup, parce que bien souvent c'est des jeunes qu'elle connaît déjà. Donc, j'ai pas besoin d'expliquer le cas de long en large, elle sait ce qui se passe. » (E17)

Résumé-synthèse : L'approche générale d'évaluation associée au TDA/H
--

Parmi les différentes sources d'insatisfaction, les délais rencontrés au niveau du processus d'évaluation, du suivi et de la prise en charge du TDA/H constituent une source de frustration importante pour la moitié des enseignantes (10/20) et pour les autres intervenants de l'école (4/7), notamment pour les intervenantes psychosociales qui se disent surchargés et incapables de répondre à toutes les demandes de services liées à la problématique du TDA/H ou autres problèmes similaires. Elles sont par ailleurs fort nombreuses à souligner l'importance de mettre en place différents moyens pour « pallier » ou « contourner » ces nombreux délais rencontrés au niveau de la procédure d'évaluation, comme la collaboration et le suivi auprès des parents ainsi que les nombreux échanges formels ou informels entre les enseignantes et les intervenantes psychosociales pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans le quotidien.

5.2.2 Les modes d'interventions privilégiés pour intervenir auprès des élèves présentant des manifestations comportementales associées au TDA/H

Globalement, les intervenants de l'école mentionnent trois formes d'intervention appropriées au TDA/H :

- les techniques de renforcement positif et les systèmes d'émulation et de modification de comportement;
- la dynamique de groupe;
- la discipline et l'encadrement des élèves.

Ces différents modes d'intervention, généralement utilisés dans le milieu scolaire, peuvent prendre une multitude de formes et viser différentes problématiques ou manifestations du TDA/H, et ce, dans une diversité tout aussi grande de contextes.

5.2.2.1 *Techniques de renforcement positif, les systèmes d'émulation et de modification de comportement*

L'importance que revêtent les techniques de renforcement positif ainsi que les systèmes d'émulation et de modification de comportement pour intervenir auprès des enfants qui présentent un TDA/H et plus particulièrement, un problème d'hyperactivité

est mentionnée par la majorité des intervenants de l'école [enseignants (19/20); autres intervenants (5/7)].

Tableau 5.2.2.1
Techniques de renforcement positif,
les systèmes d'émulation et de modification de comportement

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 19/20	Effectifs N = 5/7
<ul style="list-style-type: none"> - Parler seul à seul à l'élève, l'écouter. (E14, E12) - Avant d'aller parler aux spécialistes ou les parents, parler un peu à l'enfant peut nous dire des choses. (E1) - Motiver pour améliorer le comportement. (E1) - Donner le plus d'attention, responsabiliser l'élève. (E6) - Responsabiliser l'enfant par rapport à l'école, son comportement et sa médication. (E17) - Faire progresser assez l'élève pour qu'il se rende compte qu'il doit changer. (E18) - Faire prendre conscience à l'enfant que c'est important d'essayer de canaliser son attention. (E15) - Renforcement positif pour aider et supporter parce qu'ils ont des problèmes affectifs. (E2, E17) - Essayer de les occuper autrement, lui donner beaucoup d'attention, des responsabilités. (E19, E18) - Donner des tâches, les occuper beaucoup. (E17) - Donner un contexte dans lequel l'enfant se sent bien. (E18) - Il faut les occuper, attirer leur attention. (E11) - Faire bouger. (E2, E3, E10, E18, E19, E20, E13, E14, E17, E3, E16, E2, E11, E7, E4, E1) - Donner comme environnement aux élèves un travail actif. Faire des travaux de recherche, des discussions. - Leur donner un cadre qui n'est pas structuré dans le sens où chacun est assis à sa place, dans des rangées un en arrière de l'autre, là. Ils ont le droit de discuter, de parler. (E18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépend de la personnalité de l'enfant, parce que parfois c'est difficile d'avoir une discussion. Donc, toujours évaluer avant et vérifier si c'est un enfant qui est plus mature, à ce moment-là, discuter avec lui, essayer de trouver un autre moyen pour que le message passe. (I27) - Sortir de la classe les enfants hyperactifs qui ont un déficit de l'attention par du dénombrement flottant. Préparer une activité où ils peuvent bouger, se déplacer ou bien faire les activités qui demandent de la concentration en action. M'assurer que

<ul style="list-style-type: none"> - Quelques fois donner des petits cadeaux par exemple, deux ou trois périodes d'ordinateur, les envoyer faire une commission pour qu'ils puissent aller se promener un petit peu. (E14) - Essayer de le récompenser, de le faire sortir, laisser du temps personnel (à lui) pour récupérer, avoir du temps pour lui. (E15) - Lui offrir une récompense comme lui prêter un de mes livres (E3) - Activité-récompense le vendredi selon les points accumulés et les objectifs atteints. (E3) - Systèmes de lumières rouges, jaunes, vertes ou jouer à l'ordinateur, une période de jeux quand ils ont eu un certain nombre de bonhommes sourires dans une semaine. (E9) - Systèmes de couleurs et d'étoiles pour faire suivre les règlements établis dès le début de l'année. (E1) - Priver l'élève des choses qu'il aime dans la classe quand il ne fonctionne pas. (E3) - Ils ont eu une contravention... c'est marqué « dérangements fréquents ». (E17, E8) 	<p>ce soit différent d'une rencontre à l'autre pour les accrocher pour ne pas qu'ils soient démotivés. (I25)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acheter des petits collants pour chercher leur intérêt. (I27) - Systèmes de coupons, systèmes de couleurs avec objectifs à atteindre. (I27, I21) - Feuilles de route pour essayer que l'enfant voit ses réussites. Soit des feuilles de route à objectif journalier ou objectif semaine. (I27, I22) - Système de papier collant comme système de récompense. (I27, I23)
---	---

Pour plusieurs d'entre eux, il importe de mettre en place une approche individualisée pour aider ces élèves à surmonter leurs difficultés. 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. Plusieurs expressions, par exemple, il faut « leur accorder le plus d'attention possible », « parler beaucoup », « discuter souvent et régulièrement avec ces jeunes », « parler seul à seul à l'élève, l'écouter » reviennent de façon récurrente dans les discours. Il faut « aimer ces enfants » déclare une enseignante (E17) mais aussi il faut leur donner, déclare une autre, « un contexte dans lequel ils sont bien en leur permettant, autant que possible, d'être ce qu'ils sont, et de les encourager » (E18).

Plus de la moitié des enseignantes (13/20) mentionnent aussi l'importance de motiver et faire progresser suffisamment ces élèves pour qu'ils puissent prendre conscience de leurs propres limites ou de leurs difficultés. Les propos de deux d'entre elles illustrent bien cette préoccupation :

« Je me rendais compte qu'en le motivant, on arrivait à des choses, on arrivait à améliorer son comportement parce que son comportement... il n'était pas juste hyperactif : il avait un comportement qui dérangeait vraiment l'ensemble des autres. » (E1)

« (...) si je peux le faire progresser assez pour que lui se rende compte que je suis comme ça, je suis conscient que je suis comme ça et je suis conscient que je dois changer. » (E18)

Cette approche individualisée serait particulièrement appropriée lorsqu'il s'agit, par exemple, de faire prendre conscience à un élève qu'il doit changer son comportement en classe ou pour lui rappeler qu'il doit se concentrer dans la réalisation de ses tâches. Pour favoriser cette prise de conscience, plusieurs enseignantes insistent aussi largement sur l'importance de « valoriser » les élèves hyperactifs en leur proposant « différentes tâches » ou en leur donnant « différentes responsabilités » afin de maintenir leur attention et leur intérêt en classe. Par exemple, déclare l'une d'entre elles, il faut « occuper ces élèves parce qu'ils ont un grand besoin de bouger. Il faut les occuper, les intéresser et capter leur attention » (E1). Les propos d'une intervenante psychosociale (I25) et d'une enseignante de 6^e année reflètent aussi assez bien cette idée en précisant qu'une des façons de capter l'intérêt de ces élèves est justement d'offrir un cadre dans lequel ils peuvent bouger et être actifs en classe :

« Je veux pas qu'ils restent assis, moi, mes élèves, tout le temps assis sur une chaise. Un enfant hyperactif, on dit qu'il faut qu'il ait une classe calme. Je ne suis pas d'accord du tout avec ça parce que s'il est assis calme, il va partir. Il va partir dans les limbes parce que tu vas l'avoir chicané parce qu'il bouge, parce que toi, tu parles... Mais, s'il est en action, tu ne l'entendras pas. » (E17)

« Moi, pour ma part, quand c'est un enfant hyperactif ou qui a des déficits d'attention, je vise plus à le sortir de la classe par du dénombrement flottant dans ce temps-là. Puis, quand que je le prends en dénombrement flottant, je vais essayer de préparer une activité où il va avoir à bouger et qui demande de la faire en action. Par exemple, je le fais bouger, mais j'essaie de faire de l'académique en même temps. J'essaie toujours de préparer des activités

comme ça, le plus possible, je vais essayer de m'organiser pour le faire bouger, je vais m'organiser pour que ce soit différent d'une rencontre à l'autre... je vais essayer que ce soit différent pour ne pas qu'il soit démotivé. » (I27)

Pour sept enseignantes (7/20), une intervenante psychosociale (I27) ainsi qu'un des membres de la direction de l'école (I21), l'un des modes d'intervention le plus efficace dans l'encadrement d'un enfant présentant un TDA/H est le système d'émulation, ou grille de comportement, qui permet à l'élève d'être récompensé pour ses améliorations ou qui impose une conséquence s'il ne s'implique pas suffisamment dans les tâches qui lui sont demandées. Ce système demande toutefois une observation systématique du ou des comportements ciblés, mais aussi d'y associer soit des récompenses ou privilèges ou soit des conséquences aux comportements non appropriés. Ainsi, certaines techniques, comme les feuilles de route, les systèmes de couleurs, de points, de coupons accumulés ou de récompenses sont généralement considérées par plusieurs enseignantes comme étant des modes d'intervention qui peuvent s'avérer très efficaces lorsqu'il s'agit de faire respecter certaines règles ou consignes particulières en classe. Quand ils respectent les consignes que j'ai données, déclare une enseignante de 2^e année (E0), « bien, je leur donne un bonhomme sourire, par exemple, pour le matin, pour l'après-midi. Puis, quand ils font leur travail au lieu de se décourager, ils sont récompensés de cette façon-là, puis à la fin de la semaine, bien il y a une période de jeux quand ils ont eu un certain nombre de bonhommes sourire dans une semaine ». Certaines enseignantes décrivent aussi dans le détail différentes stratégies auxquelles elles ont régulièrement recours dans leurs modes d'intervention auprès des élèves hyperactifs :

« J'essaie de trouver des choses des fois pour donner des p'tits cadeaux à ces élèves-là par exemple, deux ou trois belles périodes d'ordinateur, les envoyer faire une commission pour qu'il puisse aller se promener un p'tit peu pour lui permettre de se lâcher lousse un p'tit peu. » (E14)

« Puis, quand il a le temps dans la semaine et qu'il a terminé tous ses devoirs, il peut jouer à l'ordinateur vendredi après l'école. » (E15)

« Je lui laisse regarder un livre. Je lui laisse du temps à lui pour récupérer. » (E3)

Pour être efficaces, il importe toutefois, comme le mentionne une intervenante psychosociale, de diversifier ces modes d'intervention et de les adapter à la problématique particulière que présente chaque élève :

« Lorsqu'il s'agit de « contrôler un enfant qui est en crise dans une classe j'utilise souvent le système 1-2-3. Je lui dis : là... tu vas t'asseoir là. Tu as trois minutes à faire là. Si, après trois minutes, ça ne marche pas, après ça, c'est à mon bureau »... Par contre, lorsque je veux que l'enfant voit ses réussites, j'utilise plutôt des feuilles de route à objectifs journaliers ou à la semaine. Je peux aussi utiliser des petits coupons ou des autocollants. Par exemple, l'objectif d'un enfant peut être de garder le silence en classe. Puis là, il gagne un coupon à chaque période. Quand il a tant de coupons, il joue avec moi. Par jour, s'il a 4-5 ou 6 coupons, il a droit à un collant dans son album de collant. Ça, c'est un des système d'émulation. » (I27)

Si les systèmes d'émulation et de récompense constituent des techniques appropriées lorsqu'il s'agit de faire respecter certaines règles de conduite dans la classe, ils présentent également certaines limites qui ne peuvent être négligées et qui impliquent, de l'avis de plusieurs intervenants de l'école, notamment les enseignantes, de recourir à d'autres techniques. Dans ce cas particulier, la discipline et l'encadrement des élèves pourraient s'avérer plus efficaces pour mieux encadrer certains élèves présentant un problème d'hyperactivité, d'impulsivité ou de comportement en classe.

5.2.2.2 Importance de la discipline et de l'encadrement des élèves présentant un TDA/H

Prenant à contre-pied les arguments mentionnés précédemment, sept enseignants (7/20) ainsi que deux intervenants de l'école (I21, I27) insistent plutôt sur l'importance que revêt la discipline dans l'encadrement des élèves présentant un TDA/H ou des problèmes de comportement.

Tableau 5.2.2.2
 Importance de la discipline et de l'encadrement des élèves présentant un TDA/H

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 7/20	Effectifs N = 2/7
<ul style="list-style-type: none"> - Ces enfants-là ont besoin d'encadrement serré, de la discipline, de la gestion de classe très serrée. Ils ont un besoin de routine. (E16) - Délimiter un espace, placer au fond de la classe ou tracer par terre une ligne au crayon feutre, un grand cercle autour de sa place pour qu'il reste dans son espace. Pour ne pas qu'il dérange les autres. (E3, E5, E19) - Exclure l'enfant de la classe en laissant la porte ouverte pour essayer de sortir tout le stress, la nervosité, etc. (E6) - Exclure l'enfant du gymnase. (E20) - Sortir l'enfant de la classe (E18, E3) - Quand c'est trop, la psychoéducatrice vient le chercher, puis elle l'amène dans son bureau finir son travail. (E3) - Lorsque je n'en peux plus, je vais chez le directeur avec lui. (E3) 	<ul style="list-style-type: none"> - (...) sortir l'enfant... de la classe, pour qu'il se calme. (I21) - Quand un enfant arrive en colère, qu'il est en crise. Là, des fois, tu as la méthode du sablier. Tu t'assois devant le sablier, tu regardes le sablier. Tu te calmes. Quand le sablier est fini, on va pouvoir se parler. Puis l'enfant, il se calme rapidement. L'enfant arrête de pleurer, il arrête de crier. (I 27) - Asseoir les élèves dans le corridor près du bureau de la direction, c'est un moyen de le faire calmer. Soit qu'il travaille, parce qu'il n'a pas fait son travail dans la classe, soit que l'enseignante n'est plus capable, il n'écoute pas. Si je ne peux pas le prendre tout de suite parce que je suis avec d'autres, bien il reste là en attendant. (I27)

Pour tous ces intervenants, sans exception, l'établissement de règles claires ainsi qu'un mode de fonctionnement constant et régulier constitue une des meilleures façons d'obtenir des changements auprès d'un élève présentant de l'hyperactivité ou de l'impulsivité associée à un TDA/H. À l'aide d'interventions « constantes et fréquentes, davantage positives que négatives, le jeune finit », mentionne une enseignante, « par adopter un comportement plus adéquat » (E16). Le mot clé est ainsi l'encadrement qui consiste à prévoir une structure, établir des règles, une routine, marquer des limites claires aux élèves. C'est par « la persévérance et la constance dans les interventions » déclare aussi une autre enseignante, « que ces élèves arrivent à mieux se contrôler » (E5). Il va sans dire que les interventions considérées comme efficaces sur

l'hyperactivité et l'impulsivité prévoient un encadrement ferme et constant qui amène l'élève à s'arrêter avant d'agir. Les enseignantes font toutefois la différence entre fermeté et sévérité :

« Ces enfants-là ont besoin d'un encadrement serré pour qu'ils sachent exactement quoi faire puis comment le faire. Ils ont besoin de routine mais pas de punitions qui reviennent constamment. » (E3)

« Ils ont besoin que l'on agisse avec rigueur et constance et non que l'on devienne plus sévère ou limitatif envers eux. » (E5)

Diverses façons ou modes d'intervention pour favoriser le développement de l'autocontrôle, ou pour limiter l'agitation ou l'impulsivité sont également mentionnés par les intervenants. Pour les élèves qui présentent un TDA/H de type hyperactif-impulsif, plusieurs enseignantes utilisent des stratégies de manière à retirer, isoler ou placer leur pupitre à un endroit susceptible de moins déranger les autres élèves de la classe. Ces stratégies consistent plus précisément à délimiter un espace physique autour du pupitre de l'élève auquel il a droit, mais qu'il ne peut pas dépasser. Trois enseignantes nous racontent comment elles utilisent concrètement ces stratégies en classe :

« C'est essayer de trouver un espace approprié pour cet enfant-là, en traçant par exemple, une ligne par terre pour qu'il ait son espace, qu'il reste là. Tracer un carré de feutre pour délimiter le territoire de l'enfant qui s'éparpille, qui fait tout renverser les choses. » (E19)

« Pour ne pas qu'il dérange les autres, c'est beaucoup de l'isoler, de l'isoler par rapport aux autres. Je le prends par la main, puis je l'isole. Je l'installe dans un coin. » (E3)

« En plaçant l'élève au fond de la classe, j'ai tracé par terre une ligne au crayon feutre, un grand cercle autour de sa place et il fallait qu'il reste dans son espace. Ça fait qu'en le mettant plus loin, j'étais pas tout le temps en train de le reprendre parce que je le voyais moins, " pis " il ne dérangeait pas nécessairement tout le monde. » (E5)

Quatre enseignantes (E4, E20, E18, E3) utilisent également des stratégies de « retrait » ou « d'isolement » en retirant l'élève de la classe pour quelques minutes lorsqu'il devient trop agité ou pour lui permettre de réfléchir ou d'évacuer « son trop-plein d'énergie ». Ces stratégies sont généralement utilisées pour éviter des escalades

négatives ou afin de permettre à l'élève de reprendre le contrôle de lui-même avant que ne lui soit donnée une punition pour son comportement.

Une autre enseignante explique aussi avoir régulièrement recours à une stratégie « de retrait volontaire » qui consiste à permettre à l'enfant de se retirer dans un coin de la classe ou dans le corridor pour quelques minutes lorsqu'il en ressent le besoin ou pour reprendre le contrôle de lui-même. Cette stratégie serait non pas présentée à l'élève comme une punition, mais au contraire comme un moyen positif et facultatif pour éviter une conséquence éventuelle ou lorsqu'il s'agit d'accorder à l'enseignant quelques moments de répit :

« Quand je n'en peux plus, je lui demande d'aller me donner un petit repos de cinq minutes dans le corridor. Et je lui dis pas va te calmer, je lui dis pas : « va réfléchir à ce que tu fais », c'est... moi, là, j'ai besoin de cinq minutes. Va dans le corridor. Il sait très bien que ce n'est pas une punition comme telle. Alors, il part dans le corridor et il revient quelques minutes après. Je dis cinq minutes, c'est jamais cinq minutes. Puis là bien, à un moment donné, il rentre dans la classe. Il ne me le dit même pas : il rentre dans la classe, il va s'asseoir. » (E18)

Dans les cas plus lourds d'hyperactivité ou de problèmes de comportement, un élève peut aussi être envoyé au bureau de la psychoéducatrice ou celui de la direction de l'école pour lui permettre de reprendre le contrôle sur lui-même dans une pièce prévue à cette fin. Des fois quand « c'est trop », déclare une enseignante de maternelle (E3), « Je le sors de la classe. La psychoéducatrice vient le chercher, puis elle l'amène dans son bureau pour se calmer et finir son travail ». Cette stratégie constituerait ainsi un mode d'intervention efficace pour permettre aux élèves concernés de se calmer mais aussi, comme l'explique une intervenante psychosociale, pour apporter le support nécessaire aux enseignantes lorsqu'elles ne parviennent plus à gérer la situation en classe :

« Lorsqu'ils sont assis dans le corridor près de la directrice, c'est un moyen de les faire calmer. Souvent, c'est parce que... soit qu'ils n'ont pas fait leur travail en haut ou ils n'ont pas fait un devoir, puis ils viennent le faire en bas. Ou sinon, c'est parce que l'enseignante est plus capable, il écoute rien en haut, l'autorité ou des choses de même... » (I27)

Ainsi, il ressort de ces quelques propos que les enseignantes semblent être généralement très démunies dans leurs interventions auprès de certains élèves dont les comportements sont inappropriés. Si les différents modes d'intervention peuvent prendre différentes formes, ils semblent toutefois s'inscrire dans des approches de type behavioriste, ce qui n'est pas sans poser problème. En effet, si les approches centrées sur les systèmes d'émulation et de récompense sont des techniques largement privilégiées pour encadrer les élèves hyperactifs ou présentant des problèmes de comportement, plusieurs enseignantes, en reconnaissent les limites d'où l'importance d'y associer d'autres approches comme le recours à la dynamique de groupe, mais aussi une certaine forme de discipline afin de pouvoir assurer un encadrement mieux adapté à ces élèves dans le cadre de la classe.

5.2.2.3 La dynamique de groupe

Contrairement à des approches individualisées, quelques enseignantes (5/20) ainsi que deux intervenantes psychosociales de l'école (I25, I27) utilisent régulièrement la dynamique de groupe et l'influence positive de certains élèves pour soutenir ceux qui présentent des manifestations comportementales associées au TDA/H. Pour être efficace, ce mode d'intervention doit toutefois être adapté aux difficultés particulières que présentent ces élèves, c'est-à-dire suivant qu'ils présentent soit un déficit de l'attention ou soit un problème d'impulsivité ou d'hyperactivité.

Tableau 5.2.2.3
La dynamique de groupe

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 5/20	Effectifs N = 2/7
<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en équipe avec quelqu'un qui est calme, qui peut aider ou d'autres élèves qui peuvent aider. (E19) - J'essaie de les mettre en équipe avec quelqu'un qui est calme, puis créer des situations comme ça qui peuvent l'aider. (E19) - Donner un environnement pour que le travail soit actif. Des travaux de recherches, des discussions où ils ont le droit de discuter, de parler, de s'entraider. (E18) - Leur apprendre à travailler en équipe où tout le monde participe. L'enfant, en bout de ligne, se sent très mal de ne pas participer. (E17) - Trouver une façon de fonctionner au niveau du comportement, de travailler puis apprendre le plus possible. (E14) - Demander à un autre élève de l'aider et qu'il vérifie tous les soirs ses devoirs. Je veux miser les forces là-dessus. (E17) - La psychoéducatrice vient toujours en maternelle une fois par semaine, elle a son programme dans le but de développer des comportements, d'analyser toujours au niveau de l'éducation sociale. Elle a Flopie, elle prend le matériel de Flopie qui est très bien pour le développement des habiletés sociales. (E2) 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est un incitatif pour ceux qui ne travaillent pas pour l'apprentissage ou le travail en équipe et pour que l'enfant s'implique. (I25) - Des ateliers d'estime de soi, des ateliers d'habiletés sociales pour faire de la prévention parce que souvent, les hyperactifs, ils ont des problèmes d'estime de soi. (I27)

Selon certaines intervenantes, les élèves qui présentent un TDA/H de type inattentif, pour beaucoup d'entre eux, présentent également de nombreux problèmes au niveau de la planification et de l'organisation de leur travail scolaire. La gestion du temps serait aussi difficile pour ces élèves parce qu'ils éprouvent beaucoup de difficultés à terminer les tâches à temps. Le travail d'équipe ou le tutorat par les pairs

constitueraient ainsi un mode d'intervention fort utile pour aider ces élèves à mieux planifier leur différentes tâches scolaires ou pour apprendre des méthodes de travail plus efficaces :

« J'avais un garçon l'an passé qui travaillait pratiquement jamais, c'était pas croyable. À ce moment-là, j'ai trouvé une bonne petite fille, là, discrète, gentille, sympathique. Elle était à côté puis elle lui donnait un coup de main tout le temps puis elle lui disait : « Bien, voyons travaille, c'est important ». Puis là ouf, c'est comme si il se réveillait, lui. C'était incroyable ! Puis quand elle était à côté de lui, c'était un peu son ange gardien, puis là elle lui disait quand il n'écoutait pas ou qu'il était dans un autre monde : “ C'est les mathématiques, à telle page. ” Moi, je trouve ça important d'essayer de trouver une façon de fonctionner au niveau du comportement puis aussi de travailler puis apprendre le plus possible, là. » (E14)

« Alors cette année, j'ai pris en charge cet enfant-là, pis j'ai demandé à l'autre qu'il vérifie, tous les soirs, ce qu'il met dans son sac. Tu lui fais surligner les devoirs. Quand je donne les lectures puis qu'il y a un travail, tu surlignes. Tout ce que tu vas voir de surligné, c'est que tu as ça à écrire : ton verbe ou tes phrases. Alors l'autre, un moment donné s'il part, l'autre, tout de suite, il lui dit : surligne. Puis là, ça se fait d'une façon... ça le ramène tout de suite au lieu que moi j'intervienne. » (E17)

En ce qui concerne les élèves qui présentent un problème de TDA/H de type hyperactif-impulsif, certaines enseignantes ainsi qu'une intervenante psychosociale estiment au contraire que ces élèves rencontrent, à divers niveaux, des problèmes de socialisation en raison de leurs réactions impulsives et de leur propension à adopter des comportements inadéquats qui font en sorte que les pairs sont souvent peu intéressés à s'associer à eux. Dans ce cas particulier, des activités de groupes ou des ateliers visant à améliorer les habiletés sociales et l'estime de soi de ces élèves seraient plus efficaces « pour apprendre à ces élèves de nouvelles façons d'agir avec les autres ». Le but recherché à travers ces différentes activités serait ainsi d'amener ces élèves à se mobiliser et à trouver des solutions aux problèmes rencontrés : « C'est comme une stratégie pour leur apprendre à être autonomes, à régler eux-mêmes leur problème, à trouver eux-mêmes la solution. » (I27)

Ce travail peut se faire en groupe mais aussi par mises en situation. Mais quel que soit le moyen utilisé, ces activités collectives visent à développer une meilleure

compréhension des interactions sociales et de leurs conséquences, positives comme négatives, mais aussi un apprentissage de comportements sociaux plus adéquats.

Résumé-synthèse : Les modes d'interventions privilégiés pour intervenir auprès des élèves présentant des manifestations comportementales associées au TDA/H

Parmi les différents modes d'intervention qui sont généralement privilégiés par les intervenants de l'école, notamment par les enseignantes, nous avons pu remarquer l'importance des techniques de renforcement positif et des systèmes d'émulation et de modification du comportement.

À cet égard, deux remarques peuvent être faites par rapport à ce constat. D'une part, ces techniques de renforcement positif, de systèmes d'émulation et de modification de comportement ne s'appliquent pas essentiellement à la problématique du TDA/H mais peuvent aussi, comme le mentionnent de nombreux chercheurs dans le domaine (Bilodeau et Paris, 2000; Flick, 1998), s'appliquer à diverses problématiques auprès des élèves dans le milieu scolaire. Il s'agit de modes d'intervention qui s'inscrivent dans les approches de type behaviorales et comportementales dont les principes de base à l'intervention est de modifier des attitudes et des comportements. Ces principes permettent donc de guider le processus d'intervention, et s'ils sont bien suivis, garantir un certain succès. D'autre part, à court terme, ces interventions behaviorales peuvent améliorer des habiletés sociales et agir ainsi sur l'impulsivité et l'hyperactivité. Mais de façon générale, ces interventions généralement utilisées de façon individuelle, sont insuffisantes pour contrôler les symptômes du TDA/H (Flick, 1998; Massé, 2000). Tout comme la médication, ces modes d'intervention, ne « guérissent » pas le TDA/H bien qu'ils peuvent aider à en réduire les symptômes. En effet, un consensus se dégage relativement au TDA/H dans la littérature scientifique, soit la nécessité d'un traitement combiné et adapté à l'âge des enfants. Le recours à plus d'un type d'intervention est préférable et permettra de meilleures chances de succès (Deborris, Ylvisaker et Kundert, 2000).

Or, nous n'avons pas retenu de propos explicites dans le discours des intervenants que nous avons interrogés sur ces différents aspects, les limites et les problèmes rencontrés dans le suivi des élèves ou sur ce qu'ils tentent précisément d'accomplir à l'aide de ces divers modes d'intervention. Ces problèmes doivent pourtant être nombreux. On peut donc penser que la logique implicite semble être que ces modes d'intervention sont utilisés de façon ponctuelle en fonction des problèmes rencontrés et de façon à obtenir des résultats positifs à court terme.

5.2.3 Les principaux problèmes rencontrés dans les modes d'intervention privilégiés par les intervenants de l'école auprès des enfants présentant des signes ou symptômes associés au TDA/H

De l'avis de plusieurs des intervenants [enseignants (12/20)]; autres intervenants scolaires (6/7), intervenir auprès des élèves présentant un TDA/H demande beaucoup d'énergie en raison de la constance et de la fréquence des interventions à mettre en place. Ils mentionnent plus précisément deux types de problèmes auxquels ils sont régulièrement confrontés et qu'ils ont à gérer dans la pratique, soient la gestion de classe et la réussite scolaire.

5.2.3.1 Une gestion de classe difficile

Pour plusieurs intervenants de l'école, notamment pour les enseignantes, l'hyperactivité de certains élèves dans une classe constitue un véritable problème qui demande une gestion de classe personnalisée ainsi que des règles de fonctionnement strictes et serrées. Ces enfants, mentionne une enseignante de première année, « rendent souvent les profs à bout, parce que dans un groupe de 25-26-27 un moment donné, ils se dérangent eux-mêmes et ils dérangent l'ensemble du groupe » (E5).

Tableau 5.2.3.1
Une gestion de classe difficile

Enseignantes	Autres intervenants scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 12/20	Effectifs N = 6/7
<ul style="list-style-type: none"> - Plus facile à gérer 18 élèves dans les classes de 1^{RE} année lorsqu'il y a des hyperactifs qu'en 2^e année où il y en a 27. (E5) - Ça joue sur le moral. Obligée de te battre pour faire ta job .(E8) - Beaucoup de discipline. Quand je m'adresse à eux, c'est long à ce qu'ils se rendent compte qu'il faut qu'ils se taisent pour m'écouter. (E9) - Ça prend des profs qui soient capables d'avoir une gestion de la classe bien personnalisée. (E2) - Oblige à intervenir tout le temps à un autre niveau parce qu'un hyperactif, il déconcentre tout le monde. C'est la partie la plus difficile. (E18) - Ces élèves-là ont souvent beaucoup d'impact. Ça devient comme des leaders. (E15) - Même pour les professeurs, c'est essoufflant. (E19) - Ça demande de l'énergie mais ils parviennent quand même à fonctionner avec le groupe. Mais ça prend de l'aide pour des cas comme ça. (E4) - Très perturbant parce que dans le fond on passe notre temps à intervenir auprès de ces enfants-là. (E4, E6, E3, E17, E20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas facile la gestion de classe, parce que ces enfants-là... c'est que, ils se dérangent eux-mêmes, ils dérangent l'ensemble du groupe, ils rendent le professeur souvent à bout. (I21, I26, I27) - C'est un grand défi pour les enseignants de pouvoir gérer un enfant hyperactif. (I21) - C'est moins facile à gérer et ça demande des règles strictes. (I21, I23, I24) - Tu ne peux pas demander au personnel enseignant de travailler à bien encadrer cet enfant-là, à bien le suivre, alors que tu en as 20, 24, 25, 29 dans une classe. (I22)

Pour d'autres, le fait d'avoir des élèves hyperactifs dans une classe constitue une tâche très difficile à gérer, parce que ces élèves perturbent la dynamique de la classe et obligent à intervenir continuellement pour imposer certaines règles de conduite et une certaine forme de discipline. Cinq enseignantes nous racontent leur expérience :

« ... c'est très perturbant parce que dans le fond on passe notre temps à intervenir auprès de ces enfants-là ou de cet enfant-là,... pendant ce temps-là bien, les autres en subissent les conséquences. » (E2)

« ... ces enfants-là ont souvent beaucoup d'impact, il y a beaucoup de retombées sur la classe. parce qu'ils deviennent comme des leaders. » (E15)

« ... c'est très perturbant... ça nous oblige à intervenir tout le temps sur un autre niveau que celui qu'on est en train de définir. » (E3)

« Parce que dans le fond, on passe notre temps à intervenir auprès de ces enfants-là ou de cet enfant-là. Ça, c'est la partie la plus difficile, effectivement. » (E18)

« Parce que cet enfant-là a changé toute la dynamique de la classe puis une chance que la psychoéducatrice elle était là parce qu'un moment donné, parce que c'était lié à des troubles de comportement aussi, il faisait beaucoup de crises, des graves crises, puis déjà, leur professeur avait de la difficulté. Fait que moi, qui les voit une fois par semaine, c'était vraiment pas facile. » (E19)

Réussir à intervenir auprès des élèves hyperactifs de façon à pouvoir bien les encadrer tout en poursuivant les activités avec les autres élèves de la classe constituerait aussi un autre défi important à relever pour les enseignantes : « Un moment donné », déclare un membre de la direction de l'école, « tu peux pas demander au personnel enseignant de travailler à bien encadrer ces enfants-là, à bien les suivre, alors que tu en as 20, 24, 25, 29 dans une classe » (I21). C'est dommage, déclare aussi une enseignante, « ça pose un problème parce qu'on a tellement pas le temps d'intervenir. Mais j'essaie de les occuper autrement, j'essaie de les mettre en équipe avec quelqu'un qui est calme, ... c'est pas toujours facile » (E19). Pour une autre enseignante, le plus difficile est de réussir à encadrer ces élèves tout en leur apportant une attention particulière sans que cela soit perçu par les autres élèves de la classe comme une injustice :

« Ce qui donne un peu un défi, à ce moment-là, de réussir à donner quelque chose à quelqu'un qui en a peut-être le plus besoin d'autres et que les autres élèves voient pas ça comme une grande injustice, pis qu'acceptent en se disant. Ben là lui, y'é un p'tit peu différent pis que y'a peut-être de besoin, justement, d'aller, d'avoir telles responsabilités, des commissions, pouvoir avoir l'ordinateur une fois de temps en temps, des choses comme ça, là. » (E14)

5.2.3.2 Problèmes rencontrés au niveau de la réussite scolaire

Donner un enseignement de qualité tout en s'adaptant au mode de fonctionnement des élèves qui présentent un TDA/H constitue une préoccupation qui revient de façon récurrente dans le discours de la moitié des enseignantes (10/20) de l'école. On peut toutefois remarquer que cette préoccupation est beaucoup moins présente chez les autres intervenants de l'école : une seule intervenante psychosociale ayant effectivement mentionné cet aspect.

Tableau 5.2.3.2
Problèmes rencontrés au niveau de la réussite scolaire

Enseignantes	Autres intervenantes scolaires (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N= 10/20	Effectifs	N= 1/7
<ul style="list-style-type: none"> - Difficile de donner un enseignement de qualité quand on a des cas comme ça. Ça joue sur le moral. Obligée de te battre pour faire ta job. (E8). - Pour approfondir une notion quelconque, ça me pose problème. Pas fait, ou pas bien fait ou... il faudrait presque'être le parent et le professeur, pour certains enfants. (E8) - Bien, c'est de changer un peu son organisation. Lorsqu'il y un problème qui se produit c'est d'organiser les autres enfants pour ne pas que toute la classe se désorganise mais qu'en même temps, je puisse aider cet enfant-là, le structurer un petit peu, l'encadrer. Il faut que je suive le rythme des enfants. Dans le fond, c'est ça, c'est la déception souvent. (E9) - Étant donné qu'ils perturbent la classe, c'est difficile de les faire réussir sans nuire aux autres élèves. (E16) - Le plus grand défi c'est de réussir à donner quelque chose à quelqu'un qui en a peut-être le plus besoin que d'autres et que les autres élèves ne le voient pas comme une grande injustice. (E14) - Pas le temps de fonctionner avec des enfants qui ne rentrent pas dans le moule. Je trouve pas que j'ai la marge de manœuvre pour utiliser vraiment des approches qui pourraient être appropriées ou personnalisées. C'est très limité ce que je peux faire ». (E19) - Le plus épuisant c'est de les tenir occupés, stimuler et garder leur concentration. Mais nous autres, on peut pas toujours le faire... on est pris avec d'autres. Le plus épuisant dans la tâche des enseignants... (E1) c'est d'essayer de trouver les passions puis d'essayer de les développer. (E6) - Faut toujours, donner, «feeder» là. C'est quelque chose qui est essoufflant. C'est lourd. (E8) - Il faut que tu renouvelles tes trucs régulièrement. (E15) - Il faut les intéresser. (E18) (E5) - Il y a tous les cas de comportements, les élèves sont un petit peu en difficulté d'apprentissage puis les marginaux aussi. (E18) Si ça bouge pas, on les perd. (E18) 		<ul style="list-style-type: none"> - L'enseignante ne peut pas être là pour le guider spécifiquement cet enfant-là donc nous on est là pour l'aider. Ça aide l'enseignante, ça aide l'enfant au sens qu'il fait les mêmes choses comme les autres. Il apprend à s'organiser. C'est de l'amener à s'organiser, à être autonome face à sa tâche, comme les autres. (I25)

Pour plusieurs de ces enseignantes, le plus difficile avec ces élèves est de ne pas réussir à atteindre ses objectifs sur le plan académique :

« Je ne sais pas si un enfant hyperactif qui bouge tout le temps est capable de comprendre ce que le professeur explique. S'il est tout le temps en train de bouger puis elle est en train d'expliquer, je sais pas moi, des décimales, des additions décimales, il va peut-être manquer le bout qu'il faut mettre le point vis-à-vis, là, t'sais. » (E5)

« Pour approfondir une notion quelconque, si c'est pas fait, bien, certain que ça me pose problème. Pas fait, ou pas bien fait ou... il faut presque être le parent et le professeur, pour certains enfants. » (E8)

Certaines précisent aussi vivre plutôt difficilement le fait d'avoir continuellement à changer leurs objectifs qu'elles se sont fixés sur le plan académique pour mieux encadrer ou guider certains élèves qui présentent certaines difficultés ou problèmes d'apprentissage. Cette situation peut aussi être la source de nombreuses frustrations comme nous explique une enseignante de deuxième année :

« Par exemple, bon. Quand j'ai planifié toute ma journée, moi, dans ma tête, ça se déroule de cette façon-là. Puis là, bien il y a un problème qui se produit, mais là, c'est ça, c'est d'organiser les autres enfants pour ne pas que toute la classe se désorganise mais qu'en même temps, je puisse aider cet enfant-là, le structurer un petit peu, l'encadrer. Alors, c'est sûr que c'est dans le fond, c'est d'abandonner ce que j'avais comme prévu puis de mettre mon attention sur cet enfant-là. Des fois, ça me fâche, c'est fâchant. Il faudrait que je commence le matin en me disant bon bien, on va voir comment la journée va se dérouler puis je ferai ce que je pourrai dans la journée. Faut pas que je me fixe des objectifs parce que souvent, je suis déçue. Il faut dans le fond, que je me dise bon bien, c'est ce que j'ai réussi à faire. Dans le fond, c'est ça, c'est la déception souvent. C'est d'arrêter ce que j'avais prévu puis essayer d'organiser les autres pour aller encadrer celui qui a des difficultés. » (E9)

Pour d'autres enseignantes, le problème ne serait pas tant les difficultés rencontrées pour encadrer les élèves qui présentent des problèmes d'apprentissage, mais plutôt celles rencontrées lorsqu'il s'agit de stimuler continuellement les enfants hyperactifs pour conserver leur intérêt et leur attention en classe. Le plus difficile, mentionne une enseignante (E6) « c'est d'essayer de trouver les passions puis d'essayer de les développer ». « Mais on ne peut pas toujours le faire » déclare une autre, « on est

pris avec d'autres puis c'est pas toujours évident de le faire. C'est ce que je trouve le plus épuisant dans la tâche des enseignants ». (E1)

Trois enseignantes expriment aussi avoir nettement l'impression de ne pas pouvoir répondre aux besoins des élèves ayant des problèmes d'apprentissage ou d'hyperactivité. Plus encore, elles expriment leur impuissance et leur découragement à pouvoir fonctionner adéquatement avec ces élèves :

« Je n'ai pas la marge de manœuvre pour bien encadrer ces enfants ou pour utiliser des approches individualisées. Ça demande beaucoup d'énergie ». (E15)

« (...) quand on a des cas comme ça. Puis ça je l'ai vécu l'année passée. Ça joue sur le moral... t'as pas le goût là, tu sais quel genre de journée tu vas avoir. Tu es obligée de te battre pour faire ta job, c'est bien plate. » (E8)

« Quand, j'ai un enfant comme lui, j'arrive pas toute seule avec que... vingt là. Ça y prendrait quelqu'un pour lui. Ça y prendrait là un éducateur, une aide pour voir... pour être là à côté de lui dire ben là maintenant tu vas faire ci, tu vas faire ça pour qu'il le fasse comme les autres parce que non là, j'arrive pas là. Qu'est-ce que ça prendrait, ça prendrait de l'aide pour des cas comme ça là d'avoir quelqu'un qui vient aider. » (E4)

Par conséquent, une aide supplémentaire ou le support des spécialistes de l'école s'avère nécessaire, voire incontournable, pour accompagner les enseignantes dans la prise en charge de ces élèves. Les propos d'une intervenante psychosociale sont explicites quant à l'importance de ce support pour alléger le travail des enseignantes :

« (...) quand je dis de l'accompagnement pour l'enseignante, c'est une activité où est-ce que l'enseignante n'a pas besoin d'une aide supplémentaire pour faire passer la matière ou pour faire une tâche aux enfants qui est très demandant. C'est soit pour l'écriture, une rédaction ou quoi que ce soit, mais avec des enfants qui ont beaucoup de difficultés à organiser ses idées ou quoi que ce soit. Mais l'enseignante ne peut pas être là pour le guider spécifiquement cet enfant-là donc nous on est là pour l'aider. Ça aide l'enseignante, ça l'aide l'enfant au sens qu'il fait les mêmes choses comme les autres. Il apprend à s'organiser, à utiliser les référentiels qu'il y a sur les murs. Même on peut l'amener à dire « regarde, tu peux demander de l'aide à telle personne ». C'est de l'amener à s'organiser, à être autonome face à sa tâche, comme les autres. » (I25)

Le problème qui est donc soulevé ici concerne les limites auxquelles sont confrontées régulièrement les enseignantes dans le processus de prise en charge des élèves présentant des symptômes associés au TDA/H, mais aussi le sentiment d'impuissance que vivent ces enseignantes dans la poursuite du mandat qui leur est assigné, soit celui de la réussite scolaire de ces élèves.

Résumé-synthèse : Les principaux problèmes rencontrés dans les modes d'intervention privilégiés par les intervenants de l'école auprès des élèves présentant des signes ou symptômes associés au TDA/H

Les problèmes rencontrés par les intervenants de l'école dans leurs modes d'intervention auprès des élèves qui présentent des signes ou symptômes associés au TDA/H sont pluriels et varient d'un intervenant à l'autre. Notre analyse montre toutefois que ces problèmes s'articulent autour de deux dimensions centrales : la gestion de classe et la réussite scolaire. Les significations et l'importance qu'attribuent les intervenants à ces problèmes sont par contre très variables. Si les intervenants sont nombreux à mentionner le problème lié à la gestion de classe, celui de la réussite scolaire caractérise principalement le groupe des enseignantes contrairement à celui des autres intervenants de l'école. Mais nous pouvons aussi constater que ces problèmes rencontrés ne peuvent être saisis que par l'observation du contexte dans lequel les intervenants agissent et fonctionnent entre eux dans leurs modes d'intervention auprès de ces élèves. Par exemple, les propos des enseignantes indiquent clairement l'importance de travailler en étroite collaboration avec les intervenantes psychosociales qui gravitent autour des élèves ayant un TDA/H. La spécificité des groupes se voit donc encore une fois largement affirmée une fois de plus et semble s'imposer en fonction des préoccupations professionnelles et des niveaux d'implication différents entre les enseignantes et les autres intervenants de l'école. Tandis que les enseignantes se situent davantage au niveau des exigences et des problèmes concrets à gérer au niveau de la classe et dans leurs modes d'interaction avec les parents, les intervenantes psychosociales, par exemple, dont la fonction professionnelle est davantage centrée sur le suivi individuel

des élèves, sont davantage préoccupées par l'importance d'apporter le support nécessaire aux enseignantes dans leurs modes d'intervention auprès de ces élèves.

TROISIÈME PARTIE

5.3 La vie de relations entre les intervenants dans le processus de prise en charge du TDA/H

Si les représentations que se font les intervenants de l'école du TDA/H et de la médication psychostimulante ne peuvent être saisies qu'en rapport aux conditions du contexte dans lesquelles elles s'inscrivent, les analyses précédentes ont permis de mettre en évidence que ces représentations s'inscrivent également au cœur des interactions sociales et des processus de communication qui prennent place entre les intervenants de l'école. Elles ont aussi permis de révéler l'importance que revêtent ces interactions sociales dans le processus de prise en charge des élèves.

Le sens que les intervenants attribuent au TDA/H, à la médication et à leurs pratiques professionnelles, se forme en effet au cours d'échanges interindividuels, notamment entre les enseignants, les membres de la direction de l'école, les intervenants psychosociaux et bien sûr, les parents. À une époque où par rapport à la problématique du TDA/H et le recours à la médication psychostimulante font l'objet de nombreuses controverses sur la scène sociale, scientifique et médiatique, il est donc apparu important d'analyser les modes de collaboration que les intervenants entretiennent entre eux mais également avec les parents, afin de mieux comprendre comment, dans les interactions sociales, ils se positionnent par rapport à cette problématique.

Dans cette perspective, deux thèmes dont nous présentons le contenu dans les prochaines sections ont émergé de l'ensemble des discours. Ils constituent une véritable toile de fond des représentations liées à la vie relation entre les intervenants à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante :

- Les différents modes de collaboration qui prennent place entre les intervenants scolaires dans le processus de prise en charge du TDA/H : des représentations partagées et ne faisant pas consensus.

- Les parents, le TDA/H et la médication psychostimulante : une problématique difficile et complexe à gérer pour les intervenants.

5.3.1 Les différents modes de collaboration qui prennent place entre les intervenants scolaires dans le processus de prise en charge du TDA/H : des représentations partagées et ne faisant pas consensus

Il ressort de façon générale de l'ensemble des discours que les représentations des intervenants semblent être largement partagées dans la façon dont sont perçus leurs modes de collaboration dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H : alors que plusieurs intervenants affirment qu'il existe un véritable travail de collaboration entre les différents acteurs concernés ancré dans un « travail d'équipe multidisciplinaire », d'autres considèrent au contraire que ces modes de collaboration sont plutôt ponctuels et limités au sein de l'école.

5.3.1.1 Des liens de collaboration véritables et ancrés dans un travail d'équipe multidisciplinaire

De l'avis de plusieurs [enseignants (13/20); autres intervenants de l'école (5/7)], il existe généralement de très bons liens de collaboration entre les différents acteurs de l'école qui gravitent autour des élèves présentant un TDA/H. Ils mentionnent que beaucoup de travail en « équipe multidisciplinaire » s'effectue et qu'il existe de véritables liens de concertation entre, d'une part, les enseignants et, d'autre part entre les enseignants, la direction de l'école et les intervenantes psychosociales. Six enseignantes (E3, E8, E9 E12, E13, E15) expriment également un très haut niveau de satisfaction vis-à-vis leur degré d'implication dans le processus d'évaluation et le suivi de ces élèves et disent avoir généralement accès à l'ensemble des résultats des évaluations provenant des intervenantes psychosociales.

Tableau 5.3.1.1
Des liens de collaboration véritables et ancrés
dans un travail d'équipe multidisciplinaire

Enseignantes	Autres intervenants de l'école (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N= 13/20	Effectifs N = 5/7
<ul style="list-style-type: none"> - Un travail en « équipe multidisciplinaire » régulier et fréquent. (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E15, E17). - Échanges réguliers et fréquents avec les intervenantes psychosociales à propos des résultats des évaluations. (E3, E8, E9, E12, E13, E15) - Parler avec la psychologue de l'école pour accélérer le processus d'évaluation d'un élève présentant des manifestations comportementales associées à un TDA/H. (E16) - Les élèves hyperactifs demandent beaucoup d'énergie. Important de travailler en collaboration avec les intervenantes psychosociales pour assurer le suivi auprès de ces élèves et mettre en place un plan d'intervention. (E3, E4, E5, E6, E8, E9, E11, E13, E15, E17) - Le travail en équipe avec la psychoéducatrice et la psychologue apporte le support nécessaire et donne des moyens concrets pour gérer les élèves présentant un TDA/H. (E5, E6, E13) - L'orthopédagogue de l'école apporte des moyens et des solutions pour gérer les problèmes d'apprentissage. Donne des moyens concrets pour aider certains élèves. (E3, E5, E8, E9, E13, E15, E17) - Rôle important de la psychoéducatrice, de la psychologue et de l'infirmière de l'école pour assurer le suivi de la médication et de ses effets positifs ou négatifs auprès des parents. (E7, E8, E9, E13) 	<p>Très bons liens de collaboration entre les enseignants, la direction de l'école et les intervenantes psychosociales. (I21, I22, I25, I26, I27)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le travail de la psychoéducatrice et de la psychologue est complémentaire. (I21) - Discuter avec la psychoéducatrice lors d'une rencontre en équipe multidisciplinaire à propos d'un enfant hyperactif qui a des problèmes au niveau des apprentissages et des problèmes de concentration. (I25) - Essayer de trouver des solutions pour améliorer la situation pour que ce soit plus facile pour l'enseignante. (I25)

Les intervenants sont aussi nombreux à considérer que le travail en « équipe multidisciplinaire » constitue un des vecteurs de réussite du processus de prise en charge des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H dans le milieu scolaire. Plusieurs termes ou expressions utilisés, comme il « faut travailler ensemble », « il faut faire circuler l'information », il faut « travailler en équipe multidisciplinaire », « collaborer », « communiquer » reviennent systématiquement dans les discours pour préciser l'importance que revêt ce mode de collaboration dans la pratique professionnelle. Le travail en équipe multidisciplinaire constituerait aussi, de l'avis de plusieurs, une plate-forme de communication commune pour non seulement échanger des informations précises sur la situation globale de ces élèves en tenant compte des rôles et des champs d'expertise de chacun mais aussi pour élaborer un plan d'intervention approprié à leurs besoins particuliers. Les propos d'un membre de la direction de l'école et d'une intervenante psychosociale illustrent bien cette idée de complémentarité recherchée entre les intervenants :

« Parce que la psychoéducatrice travaille plus sur le terrain, elle va faire des interventions, de psychoéducatrice, pour essayer de modifier les comportements. Mais souvent, elle va avoir besoin de la psychologue qui va aller chercher d'autres informations sur le plan intellectuel ou affectif. Elles sont complémentaires. C'est ça. Elles sont très complémentaires. » (I21)

« Quand je vais dans une classe puis qu'on me dit cet enfant-là, il a des troubles de comportement ou quoi que ce soit, avant même de dire c'est de l'hyperactivité, faut faire un portrait un peu de la chose. Mais si moi je vois que c'est un enfant qui a des problèmes au niveau des apprentissages, qui a des problèmes de concentration ou quoi que ce soit, je vais en parler lors d'une rencontre d'équipe à la psychoéducatrice puis je vais discuter avec elle avant de dire que probablement c'est un hyperactif. » (I25)

Certaines enseignantes insistent aussi largement sur l'importance que revêt le travail d'équipe qu'elles évaluent sous un angle pratique, notamment lorsqu'il s'agit de transmettre des informations à propos de nouveaux cas d'élèves soupçonnés de présenter un TDA/H, mais qui n'ont pas encore été évalués par la psychologue ou la psychoéducatrice de l'école ou pour éventuellement examiner la possibilité d'enclencher rapidement le processus d'évaluation lorsque les problèmes identifiés sont jugés importants, urgents ou prioritaires :

« ... c'est important que je lui en parle pour accélérer le processus... parce que parfois on se rend bien compte dans la classe lorsque les élèves sont vraiment hyperactifs et qu'ils sont vraiment pas capables de se concentrer. Je lui dis alors « à la psychologue » qu'il faut absolument une évaluation pour bien le situer cet enfant-là pour qu'il soit à la bonne place et voir ce qu'on peut faire. » (E16)

Plusieurs enseignantes (E3, E4, E5, E6, E8, E9, E11, E13, E15, E17), notamment celles qui considèrent que leur tâche auprès des enfants hyperactifs demande beaucoup d'énergie en raison de la constance et de la fréquence des interventions à mettre en place, mentionnent aussi l'importance de travailler en étroite collaboration avec les intervenantes psychosociales de l'école pour assurer le suivi des élèves déjà identifiés avec un TDA/H ou pour élaborer un plan d'intervention personnalisé en tenant compte des résultats des évaluations. Elles précisent également que l'aide ou le support qu'elles peuvent obtenir de la psychologue ou de la psychoéducatrice de l'école s'impose lorsqu'il s'agit de cas plus « difficiles », « lourds » ou « demandants ». Les propos de trois de ces enseignantes sont explicites quant au type d'aide et de support recherché auprès de ces intervenantes pour éventuellement briser leur isolement, alléger leur travail et trouver des solutions ou des moyens concrets pour gérer certains problèmes qu'elles rencontrent en classe :

« Bien heureusement, on a les psychoéducateurs, les psychoéducatrices en milieu scolaire maintenant qui nous aident beaucoup, qui peuvent nous donner des trucs et nous dire quoi faire. Elles peuvent venir quelques fois dans la classe, il y en a qui peuvent venir s'occuper de l'enfant puis essayer de nous aider un peu, là, nous enlever un peu un poids de sur les épaules. Je l'apprécie beaucoup parce que j'ai besoin de moyens, j'ai besoin de choses, de trucs entre guillemets pour faire quelque chose avec ces enfants-là. » (E5)

« Bon, c'est sûr que avec la psychoéducatrice puis la psychologue, je travaille beaucoup avec elles... là parce que j'aime ça travailler avec elles en équipe parce que je veux pas être toute seule non plus avec ces enfants-là puis souvent parce qu'ils ont besoin d'aide à l'extérieur. Ça fait que là, on essaie de trouver des moyens. » (E13)

« Je travaille beaucoup avec la psychoéducatrice parce qu'on ne peut pas demander à un prof de tout gérer tout le temps. Toutes les deux, on a essayé toutes sortes de choses, toutes sortes de moyens parce que je pense que pour des enfants comme ça, tu peux pas avoir juste un système pour eux. Faut changer régulièrement... » (E6)

Si les enseignantes reconnaissent sans aucun doute le rôle et l'importance que revêt la psychologue ou la psychoéducatrice pour gérer les problèmes qu'elles rencontrent généralement dans leur prise en charge des élèves présentant un TDA/H, celui de l'orthopédagogue revient aussi de façon récurrente dans le discours de plusieurs enseignants (E3, E5, E9, E13, E15, E17). Une d'entre elles précise qu'elle apprécie tout particulièrement travailler en étroite collaboration avec l'orthopédagogue de l'école pour essayer de trouver certains moyens pouvant leur permettre de mieux gérer les problèmes d'apprentissage que présentent ces élèves, mais aussi pour obtenir certains éléments de réponses aux nombreuses questions qu'elles se posent sur le plan pédagogique :

« Mais c'est difficile, moi je commence à enseigner. C'est pour ça que je vais souvent voir l'orthopédagogue, parce que des fois, je lui dis : " est-ce que c'est un enfant hyperactif? Est-ce qu'il a un déficit de l'attention? C'est peut-être pas ça... mais qu'est-ce que je fais?" On en parle, on examine les retombées au niveau pédagogique. » (E8)

Une collaboration avec l'orthopédagogue de l'école peut aussi être envisagée lorsqu'il s'agit d'apporter aux enseignantes une aide supplémentaire en classe pour réaliser certaines tâches académiques plus exigeantes ou tout simplement pour leur apporter quelques moments de répit :

« Moi, je me sens plus comme un tampon et dire : O.K., regarde, on va te donner un répit... tu as besoin d'aide. On va essayer de te trouver des solutions pour améliorer la situation pour que ce soit plus facile. Je lui demande souvent as-tu été voir la psychoéducatrice? Lui en as-tu parlé? As-tu demandé à ce qu'elle fasse de l'observation?... quand je dis de l'accompagnement pour l'enseignante, c'est une activité où est-ce que l'enseignante n'a pas besoin d'une aide supplémentaire pour faire passer la matière ou pour faire une tâche aux enfants qui est très demandante. C'est soit pour l'écriture, une rédaction ou quoi que ce soit, mais avec des enfants qui ont beaucoup de difficultés à organiser leurs idées ou quoi que ce soit d'autre. » (I25)

Finalement, nos analyses ont aussi permis de révéler que si le travail en équipe est généralement bien reconnu comme une condition nécessaire et incontournable pour supporter les enseignantes dans leur travail auprès des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H, il constitue aussi, de l'avis de quatre enseignantes (E7, E8, E9, E13), le seul moyen dont elles disposent pour échanger des informations précises avec

les autres intervenantes de l'école à propos des effets positifs ou secondaires identifiés en classe dans le comportement ou le rendement scolaire de ces élèves et qu'elles associent à la prise du médicament. Ainsi, les propos de trois enseignantes indiquent que non seulement la psychologue, la psychoéducatrice et l'infirmière de l'école semblent avoir un rôle déterminant au sein de l'école pour assurer le suivi des élèves soumis à une médication psychostimulante, mais également pour assurer la communication entre les enseignants et les parents lorsqu'il s'agit de faire le point sur les effets de la médication chez les élèves déjà soumis à une médication psychostimulante :

« La première semaine, les premières journées, je ne savais pas qu'il prenait du ritalin. Mais là, j'ai vu : ce n'était plus le même enfant. J'ai dit à la psychologue « y'a-tu quelque chose que je sais pas, là ? » C'est là qu'elle m'a dit qu'il avait commencé à prendre ça ». Là j'ai compris... c'est vrai qu'il se levait moins, c'est vrai qu'il était mieux concentré. C'est vrai qu'au niveau académique, ça lui faisait un très bon effet. » (E9)

« Quand je vois que le comportement a changé subitement, il y a une relâche, là, bien je vais en parler à la psychoéducatrice parce que souvent elle en a déjà parlé avec les parents puis elle sait comment s'adresser à eux par rapport à ça. J'en parle à elle puis elle leur en parle. Elle leur dit : « bon, est-ce que la dose a diminué ? C'est elle qui s'en charge... » (E7)

« [...] je trouvais ça épouvantable. Je suis allée voir l'infirmière qui a regardé dans son dossier... puis c'était écrit dans son dossier ritalin. Mais, j'ai dit d'après moi, ils (ses parents) lui en donnent pas, ça n'a pas de bon sens. Et là, je lui ai dit écoute : est-ce qu'il en prend? et elle m'a dit non : « Non ». Oh. J'ai dit : « tu devrais le voir... c'est aberrant, c'est la première fois de ma vie que je vois ça comme ça. » Il était à 4 pattes sur la chaise, il bougeait et se tortillait sans cesse... À ce moment-là, l'infirmière a appelé la mère qui lui a dit : « pour l'instant, elle lui en donne pas ». (E8)

5.3.1.2 *Des liens de collaboration ponctuels et limités entre les intervenants de l'école*

Prenant à contre-pied les arguments précédents exprimés par leurs collègues, certains intervenants de l'école, notamment certaines enseignantes (E1, E2, E10, E14, E18, E19, E20) expriment des propos plus tranchés lorsqu'elles discutent de la question du suivi et du processus de prise en charge des élèves qui présentent un TDA/H. Elles considèrent en effet que les liens de collaboration entre les différents intervenants de l'école sont plutôt très ponctuels et limités au sein de l'école.

Tableau 5.3.1.2
Des liens de collaboration ponctuels et limités entre les intervenants de l'école

Enseignantes	Autres intervenants de l'école (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)	
N = 7/20	Effectifs	N = 1/7
<ul style="list-style-type: none"> - Liens de collaboration ponctuels et limités. Peu de travail en équipe multidisciplinaire. (E1, E2, E10, E14, E18, E19, E20) - Sentiment d'assurer seule le suivi des élèves. (E2, E10, E14, E18, E19) Pas libérée pour assister à des rencontres multidisciplinaires. (E14) - Évaluations psychosociales incomplètes et insuffisantes. Peu de collaboration avec les intervenantes psychosociales à la suite des premières évaluations. (E10, E14, E19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Liens de collaboration ponctuels et limités. Peu de travail en équipe multidisciplinaire. (I24) 	

Cinq de ces enseignantes (E2, E10, E14, E18, E19) estiment d'ailleurs que leur participation aux rencontres avec les autres intervenants de l'école est nettement insatisfaisante et ont souvent l'impression d'être les seules responsables du suivi de ces élèves. On peut noter cependant que parmi ces enseignantes, une seule précise toutefois les raisons pour lesquelles elle participe peu à ces rencontres en expliquant que la définition de sa tâche, en tant que spécialiste, ne lui permet pas de se libérer pour y assister compte tenu qu'elle doit partager ses heures de travail entre plusieurs écoles :

« Nous, on est jamais libérées pour ça, mais on devrait, en tout cas, être dans des réunions de cycle puis on devrait parfois, ça serait vraiment intéressant, là, mais dans les faits, vu la gestion de nos tâches, souvent, il va y avoir une réunion, moi, je suis à une autre école puis je n'ai pas de périodes libres. »
(E14)

Certaines enseignantes (E10, E14, E19) expriment aussi une opinion plutôt critique à propos de la démarche d'évaluation effectuée dans le cadre de l'école. Elles estiment que les informations qui leur sont transmises sont généralement incomplètes pour leur permettre de développer un plan d'intervention en classe ou pour assurer un

suivi auprès des parents et susceptibles de soutenir adéquatement leurs enfants dans leur progression scolaire.

Résumé-synthèse : Les différents modes de collaboration qui prennent place entre les intervenants scolaires dans le processus de prise en charge du TDA/H : des représentations partagées et ne faisant pas consensus

Notre analyse montre que la majorité des intervenants que nous avons interrogés [enseignants (13/20); autres intervenants (5/7)] considèrent qu'il existe de véritables liens de collaboration entre les différents acteurs qui gravitent autour des élèves présentant un TDA/H. Les représentations de ces modes de collaboration semblent s'amalgamer autour de la même vision des rôles et des tâches, soit celle d'assurer une prise en charge individualisée de ces élèves en tenant compte des champs d'expertise de chacun et dans une perspective de travail en équipe multidisciplinaire. Malgré que la majorité des intervenants de l'école adhèrent à cette vision, l'analyse laisse toutefois transparaître que certaines enseignantes estiment, au contraire, que leur implication avec les autres intervenants de l'école est nettement insatisfaisante pour assurer le suivi auprès de ces élèves et également auprès de leurs parents.

5.3.2 Les parents, le TDA/H et la médication psychostimulante : une problématique difficile et complexe à gérer pour les intervenants de l'école

Pour la très grande majorité des intervenants de l'école, la question du TDA/H ainsi que celle relative à la médication psychostimulante constituent une problématique complexe qu'ils ont à gérer dans leurs relations avec les parents. D'une part, ils se disent souvent déconcertés par rapport aux réactions ambivalentes des parents vis-à-vis de l'annonce des problèmes de leurs enfants associés au TDA/H. D'autre part, ils soulignent également les nombreuses réticences des parents à reconnaître les problèmes ou la gravité de la situation, lesquelles peuvent même conduire à un refus catégorique de collaborer avec l'ensemble des intervenants concernés.

5.3.2.1 Des réactions ambivalentes des parents vis-à-vis de l'annonce des problèmes de leurs enfants associés au TDA/H et de la médication psychostimulante

Les nombreuses réticences mais aussi le désarroi et la souffrance de certains parents à reconnaître les difficultés de leurs enfants associées au TDA/H est une situation qui préoccupe plusieurs intervenants de l'école. Plusieurs expressions que nous avons pu relever dans les discours reflètent d'ailleurs assez bien comment est perçue cette situation et les réactions de certains parents : « on le sent tout de suite » déclare une enseignante « y'a des parents pour qui ça passe pas du tout » (E8). Ces parents, ajoute une autre, « souffrent beaucoup parce que même s'ils n'en peuvent plus et qu'ils ne savent plus quoi faire, ils refusent de faire face aux problèmes. Ils sont dépassés par la situation, il sont démunis et ne veulent surtout pas en parler ». (E17)

Tableau 5.3.2.1

Des réactions ambivalentes des parents vis-à-vis de l'annonce des problèmes de leurs enfants associés au TDA/H et de la médication psychostimulante

Enseignantes	Autres intervenants de l'école (intervenantes psychosociales professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien
N=10 /20	Effectifs N = 4/7
<ul style="list-style-type: none"> - Certains parents n'acceptent pas les problèmes de leur enfant associés au TDA/H. (E8) - Certains parents refusent de faire face aux problèmes : sont démunis, souffrent beaucoup. (E17) - Parfois très long avant que les parents acceptent de nous rencontrer pour parler des problèmes de leur enfant associés à un TDA/H. (E5) - Pas facile de dire ça à un parent que son enfant est hyperactif. (E15) - C'est pas de gaieté de cœur qu'on annonce à un parent que son enfant est hyperactif. (E2) - Ne parle jamais de la question de la médication avec parents. N'utilise pas le langage ritalin. (E4) - Préfère parler de certains modes d'intervention alternatifs au médicament, donner des moyens aux parents sans passer par le ritalin. (E1) - Ne recommande jamais la médication. (E8) - Essaie de trouver d'autres moyens, comme par exemple certaines activités en classe. Mais jamais ne propose le ritalin. (E1) - Un parent peut toujours se tourner vers les médecines douces, essayer de modifier l'alimentation pour que leur enfant ait le plus de chances de réussite possible. (E16) - Propose de consulter un médecin mais poser des questions pour ne pas ébranler les parents et pour ne pas qu'ils se sentent coupables. (E16) - Ne propose jamais à un parent que son enfant soit médicamenté mais propose toujours une visite chez le pédiatre pour aller vérifier ce qui se passe. (E15) - Propose une consultation mais jamais pointer du doigt les parents pour les problèmes d'hyperactivité de leur enfant. (E20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Parfois très long avant que les parents acceptent de nous rencontrer pour parler des problèmes de leur enfant associés à un TDA/H. (I22, I 26, I 27) - Le plus grand défi à relever pour les intervenants scolaires est d'annoncer aux parents qu'il faut pousser plus loin les évaluations pour confirmer ou non le diagnostic du TDA/H. (I22) - Proposer aux parents de consulter un médecin pour une évaluation médicale, donner de l'information et une liste de diverses ressources médicales. (I25)

Une enseignante de première année (E5) ainsi que trois intervenants de l'école (I22, I26, I27) soulignent aussi le fait que plusieurs mois peuvent s'écouler pendant une année scolaire avant même que les parents acceptent de rencontrer pour une première fois les intervenants de l'école pour discuter des difficultés de leur enfant. Ces délais seraient associés, d'une part, à de nombreuses réticences des parents à accepter qu'une évaluation psychologique ou psychosociale soit réalisée dans le cadre scolaire, mais aussi à certaines appréhensions que ces évaluations puissent éventuellement conduire au « diagnostic du TDA/H » et à la médication psychostimulante :

« [...] par exemple un enfant l'année passée, il ne réussissait pas en début d'année. Alors là, j'ai commencé tout de suite au début d'octobre à aviser les parents, la mère surtout parce que l'enfant était pas avec le père. Elle me disait oui, oui, oui, mais on va attendre on va s'en reparler plus tard... » (E5)

« [...] c'est très lent avant que les parents acceptent de parler du problème. Ils attendent que l'école fasse les premiers pas. Souvent, les parents vont attendre pendant des mois que l'école les amène là. » (I22)

« [...] définitivement les parents ne voulaient pas une évaluation. En fait, c'est en avril que j'ai eu l'autorisation, mais déjà dès le mois d'octobre, j'avais fait plusieurs tentatives de rejoindre et de parler aux parents mais sans succès. On voit que c'est très difficile pour eux, ils sont souvent désespérés... » (I26)

« [...] il n'y a pas aucun parent, de ce que j'ai vu, qui était heureux de ce diagnostic-là. Quand il disait oui, dans le fond, il faut le faire, c'était pas de gaieté de cœur. Il y avait des inquiétudes. Puis la mère était très malheureuse. » (I27)

Si les parents éprouvent de nombreuses difficultés à accepter les problèmes de leur enfant associés au TDA/H, la situation ne semble guère plus facile pour certaines enseignantes qui considèrent aussi très difficile le fait d'avoir à discuter de ces problèmes avec les parents. Bien qu'elles considèrent cette étape importante et même nécessaire, cette situation est toujours vécue comme étant très délicate : « C'est pas facile de dire ça à un parent qui vient te rencontrer pour le bulletin de son enfant et lui dire et bien votre enfant est peut-être hyperactif. C'est pas facile pour eux, mais ce n'est pas plus facile pour nous d'en parler » (E15). « Quand on est dans cette situation-là, c'est pas de gaieté de cœur qu'on le fait... c'est quelque chose dont on parle avec les

parents mais c'est jamais de gaieté de cœur qu'on le fait » (E2). Le plus grand défi à relever, comme le mentionne aussi un membre de la direction de l'école, est de « tracer la ligne pour dire aux parents bon bien là, on est rendu à cette étape-là, il faut aller plus loin, évaluer votre enfant pour voir si un certain diagnostic qui serait de l'ordre de l'hyperactivité et qui ferait en sorte qu'on pourrait mieux l'aider au niveau de ses apprentissages et à retrouver un certain plaisir d'être à l'école » (122).

Cet inconfort est aussi exprimé par sept enseignantes (E1, E4, E5, E8, E11, E12, E14) qui considèrent aussi le fait que la question de la médication psychostimulante constitue une problématique aussi difficile, voire encore plus difficile à discuter avec les parents que celle relative au TDA/H. Trois de ces enseignantes (E4, E5, E8), expliquent d'ailleurs qu'elles refusent catégoriquement de discuter de cette question avec les parents :

« Moi, je n'aborde pas jamais la question de la médication avec les parents. Je n'utilise pas le langage ritalin. » (E4)

« Je préfère parler de certaines alternatives au médicament, quelque chose qui pourrait aider. Il faut donner des moyens aux parents sans passer par le ritalin. » (E1)

« [...] moi, je ne l'ai jamais recommandé aux parents. La mère que j'ai rencontrée cette semaine et bien, je lui dis : peut-être qu'il est hyperactif mais pour le moment on s'en sort. » (E8)

Deux autres enseignantes aussi très critiques par rapport à la question de la médication préfèrent de leur côté proposer des solutions alternatives aux parents plutôt que d'opter pour la solution ritalin :

« Moi, personnellement, des fois, je disais aux parents que leur enfant bouge beaucoup, mais j'essaie de trouver d'autres moyens, comme par exemples certaines activités en classe. Mais jamais je ne propose le ritalin, je ne suis pas vraiment en faveur de ça. » (E1)

« Bien moi, je me dis un parent peut toujours se tourner vers les médecines douces, comme je vous disais tantôt, ou essayer de modifier l'alimentation pour que leur enfant ait le plus de chances de réussite possibles. C'est toujours, dans le fond que l'enfant ait la même chance que l'autre, là, de réussir, de faire de sa vie ce qu'il aimerait faire s'il n'était pas hyperactif. » (E16)

Certains intervenants de l'école peuvent toutefois proposer aux parents de consulter leur médecin de famille ou le pédiatre de leur enfant lorsqu'ils sont convaincus qu'une intervention pharmacologique pourrait être utile ou nécessaire. Ils optent pour cette option lorsqu'il y a concordance entre les différentes évaluations faites à l'école ou lorsque les autres modes d'intervention mis en place par les intervenants semblent insuffisants ou peu efficaces pour contrôler les problèmes de comportement ou les différents symptômes associés au TDA/H. Ils insistent toutefois largement sur le fait qu'ils proposent cette solution sans parler de la médication et en prenant toutes les précautions oratoires nécessaires pour ne pas culpabiliser les parents qui rencontrent déjà de nombreuses difficultés à accepter les problèmes que présente leur enfant dans le milieu scolaire. Voici les propos de deux enseignantes :

« En première année, moi... et bien ben quand je leur en ai parlé, je ne leur ai pas dit : votre enfant, vous savez, a telle, ou telle affaire. Je leur ai demandé : « comment il est à la maison? Comment ça fonctionne à la maison? Est-ce qu'il a des frères, est-ce qu'il a des sœurs? Est-ce qu'il joue avec son frère ou sa sœur? Comment il joue? Est-ce que ça finit toujours en chicane? Est-il capable de rester tranquille? » Je leur pose beaucoup de questions pour ne pas les ébranler et pour ne pas qu'ils se sentent coupables de ce qui arrive à l'école... » (E16)

« [...] moi je leur dis toujours : « ah, vous savez, dans la classe, il a un petit peu de misère à rester assis sur sa chaise ». J'en parle, mais je ne le fais pas de façon à les pointer du doigt, parce que je leur dis « écoutez, votre enfant est comme ça et c'est pas de votre faute, là. Il y en a qui ont 2-3 enfants puis il y en a juste un qui est hyperactif. Je leur dis, « écoutez, vous avez donné la même chance à tout le monde. » (E20)

Lorsque l'enfant n'a pas de médecin de famille ou de pédiatre, une liste de diverses ressources médicales peut aussi être proposée aux parents pour les orienter dans leurs choix éventuels :

« Habituellement, on leur donne une liste-là... qui comprend plusieurs noms de médecins généralistes, de pédiatres, de neurologues, ou de pédopsychiatres. On leur donne ça et on essaie de les diriger là-dedans. Mais habituellement, on va leur demander d'aller vers leur médecin traitant, d'en jaser avec lui puis de regarder ensemble la situation. Dans les cas plus difficiles où les enfants présentent vraiment de gros problèmes de comportements, comme par exemple je pense au cas de cette mère qui avait peur que son garçon étouffe sa petite sœur parce qu'il était rendu avec une

agressivité tellement énorme, et bien on va les diriger vers l'accueil à Douglas ou des choses comme ça. » (I24)

5.3.2.2 Réticences des parents à collaborer avec les intervenants scolaires

Les intervenants de l'école, notamment les enseignantes, affirment aussi vivre très difficilement le fait que certains parents refusent de reconnaître la gravité de la situation à propos des difficultés que présentent leurs enfants.

Tableau 5.3.2.2
Réticences des parents à collaborer avec les intervenants scolaires

Enseignantes	Autres intervenants de l'école (intervenantes psychosociales, professionnelle de la santé, membres de la direction d'école, personnel de soutien)
N = 11 /20	Effectifs N = 2/7
<ul style="list-style-type: none"> - Certains parents remettent entre les mains de l'école la responsabilité des difficultés de leur enfant associées à un TDA/H. (E3, E4, E5) - Certains parents sont très réticents à consulter pour une évaluation psychologique ou médicale. Ils ont de nombreux doutes à propos des risques associés à la médication et ils sont aussi très peu convaincus de l'utilité de la médication. Ils se posent beaucoup de questions à propos des effets négatifs possibles de la médication sur le sommeil ou l'appétit. (E5, E7, E14, E19) - Les nombreux questionnements et réticences des parents peuvent conduire à un refus catégorique de la médication. (E5) - Essayer de relativiser certaines peurs des parents à propos de la médication psychostimulante. (E7) - Essayer de convaincre les parents des bénéfices de la médication psychostimulante (E6, E19) - Importance que revêt le travail en équipe, notamment avec la psychologue ou la psychoéducatrice de l'école, pour rencontrer les parents plus réticents face à la médication et pour les convaincre de l'importance d'une consultation médicale. (E3, E5, E9, E14, E7, E15, E11, E17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les parents se posent beaucoup de questions à propos des effets négatifs et l'utilité de la médication. (I22) - La médication psychostimulante présentée aux parents sous forme « d'essai », lorsque les différents modes d'intervention mis en place par les intervenants directement concernés se sont avérés inefficaces pour contrôler les différents symptômes associés au TDA/H. (I26).

Trois enseignantes mentionnent également avoir souvent l'impression que certains parents « refusent de voir les problèmes » ou « remettent entre les mains de l'école la responsabilité de gérer les problèmes de leur enfant ». Elles dénoncent aussi vivement le manque de collaboration de certains parents qui refusent de reconnaître certaines observations faites en classe à propos des problèmes de comportement de leur enfant. Dans ce contexte, le sentiment de ne pas être « appuyée » ou « supportée » par les parents constituerait une situation vécue très difficilement par certaines enseignantes :

Quand j'ai raconté à la mère et que je lui ai dit ce que son fils avait fait en classe et bien elle m'a répondu : Ah! C'est ton problème. C'est dans ta classe, c'est ton problème. Moi je m'en occupe à la maison, toi, il est dans ta classe, arrange-toi avec. C'est parce que tu ne sais pas bien t'y prendre avec lui ! Et bien c'est pas évident d'accepter ça... (E5)

Un père à qui je racontais que son fils était très perturbant dans la classe et impoli avec les autres élèves m'a répondu : c'est parce que vous manquez de fermeté. Moi, il écoute au doigt et à l'oeil. Arrangez-vous avec lui. J'ai vraiment eu l'impression qu'il remettait en doute ce que je lui disais... (E3)

Mais ça, je trouve que c'est des parents qui abdiquent parce que crûment, nous dire : « c'est votre problème : arrangez-vous avec ». Parfois, ils ne le disent pas carrément comme ça mais ils agissent de cette façon-là. Ils savent les problèmes de l'enfant, la non réussite de l'enfant puis ce que ça cause dans une classe, là. C'est ça qui me dérange. (E4)

Parallèlement, certains intervenants de l'école soulignent aussi avec conviction les nombreuses réticences de certains parents à consulter pour une évaluation médicale. Ils précisent que les parents expriment généralement de nombreux doutes à propos des risques associés à la médication et sont très peu convaincus de l'utilité de la médication. « Ils se posent beaucoup de questions », déclare une enseignante, « à propos des effets négatifs possibles de la médication sur le sommeil de leur enfant ou sur leur appétit » (E7). « Étant donné qu'ils sont continuellement bombardés de toutes sortes d'informations », déclare une autre, « ils se posent aussi beaucoup de questions et ils ne sont pas du tout à l'aise avec ça dans le fond » (E5). Ces différents questionnements des parents à propos de la médication sont aussi décrits dans le détail par un membre de la direction de l'école :

« (...) un parent n'est jamais content habituellement que son enfant prenne des médicaments à cet âge-là et il faut les comprendre. Les parents se posent beaucoup de questions : est-ce que ça va jouer sur la croissance de mon enfant est-ce que ça jouer sur sa croissance, est-ce qu'il va avoir besoin de ça, toute sa vie et pendant combien de temps il va en avoir de besoin? ... » (I22)

Dans certaines situations, les parents peuvent aussi refuser catégoriquement la médication ou du moins refuser de discuter de cette possibilité avec les intervenants de l'école : « parfois le parent nous dit : ah, non je suis conscient que ça se peut qu'il soit hyperactif, mais je veux même pas faire la démarche pour voir s'il est comme ça. De toute façon, jamais mon enfant va être médicamenté et jamais mon enfant va prendre une pilule quelconque » (E5). Toutefois, lorsque la médication est perçue comme une solution qui pourrait éventuellement s'avérer très efficace, les intervenants peuvent alors tenter de relativiser certaines craintes des parents en adoptant un discours centré sur les effets positifs et les bénéfiques de la médication psychostimulante :

« Moi, je leur dis : quand vous avez mal à la tête, vous prenez des aspirines, des Tylenol et ça fait du bien? Parce que, souvent, ils vont nous dire que c'est de la drogue ça. C'est le mot ritalin qui leur font très peur aussi, là, pis, on leur donne de la documentation. Moi, je leur dis : écoutez, là. Moi, je ne peux pas dire : il a besoin de ça. C'est votre médecin. » (I22)

« (...) quand tu discutes de ça avec les parents, c'est toujours de la réticence parce que la médication pour l'hyperactivité, c'est le ritalin puis le ritalin a été très médiatisé d'une façon négative. Puis ce que j'essaie d'expliquer aux parents, c'est que ce qui a été médiatisé, c'est une chose puis son effet, c'en est une autre. Je leur dis : essayons de voir vraiment qu'est-ce que ça peut avoir comme effet positif pour ton enfant, là. » (E6)

En dernier recours, la médication peut être présentée aux parents plus réticents sous forme « d'essai » : « Quand les parents sont très réticents à la médication », déclare une intervenante psychosociale, « puis que j'insiste un peu et qu'ils finissent par dire OK on essaie, je fais un suivi un petit peu plus poussé ».... « je vais leur offrir la possibilité de refaire une évaluation quand leur l'enfant sera médicamenté pour voir les effets de la médication. Pour les rassurer, pour qu'ils voient la différence (I 26). Plusieurs enseignantes (E3, E5, E9, E14, E7, E15, E11, E17) préfèrent au contraire rencontrer les parents avec la psychoéducatrice ou la psychologue de l'école pour discuter avec eux de

la médication et pour éventuellement évaluer la possibilité de recourir à la médication pour leur enfant :

« J'ai rencontré la mère avec la psychologue parce qu'elle refusait de me rencontrer. On lui a parlé ensemble moi et la psychologue. On lui a tout expliqué les problèmes. » (E17)

« On a sorti des faits, j'ai tout pris en note, je lui ai demandé à la mère d'observer à la maison. J'avais demandé à la psychologue d'être avec moi pour m'appuyer parce que je savais qu'au départ, la maman m'avait dit, la première fois, que son garçon n'était pas hyperactif. Puis finalement, c'est parce qu'elle ne le voyait pas. » (E3)

Résumé-synthèse : Les parents, le TDA/H et la médication psychostimulante : une problématique difficile et complexe à gérer pour les intervenants de l'école

La conjoncture opérationnelle des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H et la question de la médication psychostimulante constituent une problématique complexe qui se situe au cœur des nombreuses préoccupations des enseignants mais aussi de l'ensemble des intervenants de l'école.

Les intervenants sont en effet nombreux à constater et à déplorer le fait que certains parents tardent ou résistent à reconnaître que leur enfant a un problème ou qu'il pourrait éventuellement bénéficier d'une médication. Lorsque les parents rencontrent les intervenants de l'école concernés, il pourrait s'être écoulé plusieurs mois parfois même une année complète à partir du moment où les problèmes des élèves sont identifiés pour la première fois dans le cadre scolaire. Ce délai résulte, comme nos analyses précédentes ont pu le montrer, en partie du manque de ressources professionnelles et des difficultés rencontrées pour mettre en place les modes d'intervention appropriés pour répondre adéquatement aux difficultés particulières que rencontrent certains élèves. Dans ces circonstances, nos analyses semblent aussi confirmer ce que les études d'autres auteurs dans le domaine (Doré et Cohen, 1997; Cohen et coll., (1999) ont permis de mettre en évidence, soit celui d'un lien qui semble clairement s'établir entre l'identification d'un enfant qui est perçu pour la première fois comme présentant un problème associé au TDA/H et la question de la médication psychostimulante comme solution aux problèmes identifiés.

5.4 Conclusion

L'analyse des représentations à travers les trois dimensions du modèle d'analyse a permis de mettre en évidence un large champ de significations sociales qui circulent « dans » et « entre » les groupes d'intervenants de l'école (groupe enseignants et groupe constitué des autres intervenants scolaires) à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante, et en l'occurrence le ritalin. Suivant les groupes, les résultats relatifs aux contenus des représentations sociales apportent une description complète qui permet de mieux saisir les dynamiques sociales. Sans nettement s'opposer les unes aux autres, ces représentations définissent les discours en se combinant plus ou moins différemment suivant le groupe considéré et en fonction des trois dimensions du modèle d'analyse, de sorte que certaines distinctions entre le groupe des enseignantes et celui des autres intervenants de l'école retiennent particulièrement l'attention. En effet, en fournissant les éléments des représentations sociales, l'analyse laisse apparaître que l'étude de ces trois dimensions ne peut se faire de façon isolée, mais plutôt dans une perspective de complémentarité permettant de révéler des différences entre les représentations qui se démarquent les unes des autres à partir des référentiels qui restent communs; d'où l'intérêt de les considérer non pas comme des objets de représentations isolés ou « autonomes » (Flament, 1994) mais au contraire comme des objets dont les modes d'articulation et de structuration permettent de mieux définir et saisir les différents éléments qui interviennent dans le champ des représentations plus large relatif aux TDA/H et de la médication psychostimulante.

Le premier constat dans ce sens est celui de la représentation que se font globalement les intervenants dans les deux groupes à propos du TDA/H et la médication. Les résultats qui se dégagent de la première dimension d'analyse montrent en effet que tous les intervenants, sans exception, se sont prononcés sur le fait que de plus en plus d'élèves présentent soit des problèmes d'hyperactivité ou soit des problèmes d'attention et de concentration en classe. Malgré la transparence du discours et le regard critique de la majorité de ces intervenants [enseignants 19/20 et autres intervenants de l'école (7/7)] lorsqu'il s'agit de se prononcer sur le diagnostic du TDA/H, force est aussi de constater

que l'enjeu de la médication psychostimulante semble être présent dès qu'un enfant est identifié dans le milieu scolaire comme présentant soit un problème d'attention, soit un problème d'hyperactivité ou dès qu'une enseignante ou une intervenante psychosociale aborde avec les parents l'idée d'une évaluation psychologique, psychosociale ou médicale. Ce phénomène mérite une attention particulière, car paradoxalement, le recours à la médication est loin de faire l'unanimité et soulève de nombreux doutes et questionnements exprimés par l'ensemble de ces intervenants.

L'analyse des discours montre en effet que pour la majorité des enseignantes (15/20) et des autres intervenants de l'école (5/7), 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 a généralement des effets très positifs pour améliorer la capacité d'attention et de concentration, favoriser une plus grande persévérance dans l'accomplissement et la réalisation des tâches scolaires, diminuer ou atténuer des comportements indésirables tels que l'hyperactivité, l'impulsivité ou les comportements jugés indésirables. À ce titre, il semble bien, comme nous avons déjà eu l'occasion de le mentionner dans la discussion qui précède, que la médication revêt une importance fonctionnelle dans la mesure où elle est généralement envisagée en fonction de l'environnement scolaire dans lequel se trouvent ces élèves, de leur performance scolaire et surtout en fonction des conditions et des exigences du milieu scolaire.

Par ailleurs, la façon de concevoir les problèmes des élèves associés au TDA/H est par contre très variable en fonction des deux groupes d'intervenants concernés. Les représentations des uns et des autres, sans s'opposer, laissent place à des écarts et des différenciations qui montrent que les enseignants tendent à se distinguer par leur ancrage professionnel qui de temps à autre oriente leur vision et leur position et en particulier en ce qui concerne les représentations qu'ils se font des élèves hyperactifs. Plusieurs enseignantes (8/20) considèrent en effet que ces élèves sont généralement des enfants particulièrement « intelligents », « plus curieux sur le plan intellectuel » que la moyenne des autres élèves de leur âge. Ainsi, plusieurs élèves hyperactifs ne seraient pas perçus

comme des enfants en échec ou en difficulté d'adaptation scolaire mais plutôt comme des jeunes « à un grand besoin de bouger » et d'être davantage « stimulés » sur le plan intellectuel et académique. Une représentation « bicéphale » de l'enfant et de l'hyperactivité semble ainsi caractériser les représentations des enseignantes contrairement aux autres intervenants de l'école : d'un côté on y retrouve « l'enfant hyperactif intelligent » et de l'autre, l'enfant hyperactif souvent associé à l'image de « l'enfant en difficulté » ou en situation d'échec. Cette représentation indique que non seulement le concept d'hyperactivité peut donner lieu à des représentations très différentes et pouvant englober différentes problématiques, mais aussi que les modalités d'intervention dans le cadre scolaire ne sont pas forcément adaptées aux besoins particuliers de ces élèves, la médication, notamment le ritalin, étant souvent la solution envisagée à court terme pour résoudre les problèmes rencontrés.

Par ailleurs, si l'importance de la médication dans le traitement du TDA/H est, sans aucun doute, reconnue par plusieurs intervenants de l'école, elle soulève également de nombreux doutes et questionnements. D'une part, la majorité des enseignantes ainsi que les autres intervenants de l'école déplorent le fait que de plus en plus de jeunes consomment du ritalin et plusieurs se disent d'ailleurs fort préoccupés par ce phénomène. Ils sont tous en effet convaincus que l'aide apportée à l'enfant et à ses parents ne peut consister uniquement en une médication. D'autre part, plusieurs enseignantes considèrent que la médication est souvent perçue par leurs collègues comme une solution miracle et déplorent la rapidité avec laquelle la prescription médicale est émise. De leur côté, les intervenantes psychosociales critiquent aussi sévèrement le fait que certains enseignants recommandent trop rapidement aux parents la médication aux parents, celle-ci étant souvent présentée comme une « solution miracle » pour résoudre les difficultés de leurs enfants.

Néanmoins, l'analyse des représentations de la médication a aussi laissé transparaître des différenciations entre les représentations qui se démarquent les unes des autres en fonction des deux groupes considérés. Nous avons vu en effet que les enseignants expriment davantage des doutes associés aux effets néfastes de la

médication et que nous avons déjà qualifiés comme étant « les effets pernicieux » associés entre autres au ritalin, tandis que les autres intervenants de l'école insistent davantage sur le fait que la médication est trop souvent envisagée comme une solution temporaire, sorte de mode opératoire, pour trouver rapidement des solutions à court terme aux problèmes auxquels ne peut répondre le milieu scolaire.

Par contre, les propos de la plupart des intervenants de l'école nous révèlent aussi comment même les meilleures intentions pour trouver des solutions éducatives ou alternatives à la médication peuvent se perdre dans la pratique de tous les jours et être récupérées par les exigences du système scolaire. Plusieurs [enseignantes (10/20) et autres intervenants de l'école (4/7)] déplorent en effet la lenteur du système scolaire au niveau de la prise en charge des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H et du manque de ressources spécialisées pour assurer un suivi adapté et approprié aux besoins particuliers de ces élèves. Ils considèrent qu'il y a un manque flagrant de ressources professionnelles, ce qui engendre forcément des délais importants sur le plan de l'évaluation, de l'intervention et du suivi des élèves sous toutes ses formes.

Cependant, la manière dont ils vivent ces divers problèmes est variable suivant les groupes. Tandis que les enseignantes expriment davantage leurs préoccupations et leurs frustrations par rapport au fait que certains élèves présentant un TDA/H « glissent dans le système » parce qu'ils n'obtiennent pas les services nécessaires, plusieurs intervenants de l'école, notamment les intervenantes psychosociales, insistent davantage de leur côté sur le fait « qu'elles sont débordées », compte tenu du nombre de plus en plus important d'élèves qui leur sont référés pour une demande d'évaluation psychosociale ou pour un suivi, situation dont les conséquences se font ressentir à plusieurs niveaux et notamment sur la nécessité de prioriser certaines demandes de services au détriment d'autres en fonction de l'urgence de la situation. Or, s'il y a consensus sur le manque de ressources spécialisées dans les modes d'organisation des services offerts aux élèves présentant un TDA/H, nous n'avons toutefois retenu aucun propos sur les conditions du cadre scolaire qui peuvent conduire éventuellement à de telles situations et qui s'opposent, de façon évidente, à une gestion efficace des

problèmes dans le processus de prise en charge de ces élèves. Les intervenants ne discutent pas, par exemple, des conditions qui peuvent contribuer au fait que de plus en plus d'élèves, notamment des garçons, semblent être moins attentifs et plus agités. Pourtant, ces conditions sont réelles et sont largement déplorées par plusieurs comme l'indiquent les résultats de nos analyses. Ainsi tout semble se passer comme si on ne s'interroge pas sur le « rôle de l'école » par rapport à cette situation particulière ou que l'on ne cherche pas à « remettre en question » les modes d'intervention et d'action privilégiés mais considérés toutefois comme étant insuffisants. Si l'école occupe une place importante dans les propos de tous les intervenants que nous avons interrogés, il semble bien toutefois qu'elle joue une trame de fond plutôt floue, puisqu'elle semble ne jamais faire l'objet d'une véritable analyse critique.

Cependant, le consensus généralement accepté concerne la mise en place de modes d'intervention adaptés et appropriés afin de permettre aux élèves présentant un TDA/H de mieux fonctionner dans le cadre social auquel ils appartiennent. Sur ce plan, nos analyses montrent que ces différents modes d'intervention peuvent prendre différentes formes, quoiqu'ils semblent surtout s'inscrire dans des approches de type behavioral, ce qui n'est pas sans poser problème. En effet, si les approches centrées sur les systèmes d'émulation et de récompense constituent des techniques largement utilisées sous toutes ses formes pour encadrer les élèves hyperactifs ou présentant des problèmes de comportement ou d'impulsivité, elles exposent toutefois certaines limites reconnues par plusieurs qui les jugent souvent insuffisantes, voire inappropriées dans certaines situations. De l'avis de plusieurs enseignantes (7/20) et de deux intervenants de l'école (I21, I27), les recours à la discipline des élèves peuvent s'avérer en effet des approches plus efficaces, pour mieux encadrer ces élèves. Sur le plan des représentations sociales, cette dimension est importante et mérite qu'on s'y attarde car elle permet de mettre en évidence des représentations différentes de la notion de « discipline » en fonction des préoccupations professionnelles comme le montrent les distinctions entre le groupe des enseignants et celui des autres intervenants de l'école.

On peut, en effet, constater l'importance que revêt la notion de discipline dans les discours produits par les enseignantes lorsqu'elles discutent de leurs modes d'intervention auprès des élèves hyperactifs ou présentant des problèmes de comportement. Pour plusieurs d'entre elles, intervenir auprès de ces élèves constitue un véritable défi et demande beaucoup d'énergie en raison de la constance et de la fréquence des interventions à mettre en place pour assurer une gestion de classe efficace. Si les enseignantes sont nombreuses à mentionner ce problème contrairement aux autres intervenants de l'école, celui-ci ne peut toutefois être interprété en dehors des contraintes et des exigences inhérentes au cadre particulier dans lequel elles œuvrent et qui implique, non seulement de gérer des conduites inappropriées de certains élèves, mais aussi de garder le cap sur leur mission éducative première qui est celle de la socialisation et de l'apprentissage des élèves. Le problème qui est donc soulevé concerne non seulement les limites auxquelles sont confrontées régulièrement les enseignantes pour parvenir à gérer concrètement les problèmes rencontrés en classe, mais aussi leur sentiment d'impuissance dans la poursuite du mandat qui leur est assigné, soit celui de la réussite scolaire de ces élèves

Il n'est d'ailleurs pas étonnant de constater, dans ce contexte particulier, que pour la majorité des enseignantes (10/20), le travail en équipe multidisciplinaire avec les intervenantes psychosociales de l'école revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit de mettre en place des modes d'intervention appropriés auprès des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H dans le cadre scolaire. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'assurer la coopération des parents jugée largement insuffisante par plusieurs lorsqu'il s'agit d'aborder avec eux les questions relatives au diagnostic du TDA/H et celles associées à la médication. La spécificité des groupes se voit donc largement affirmée une fois de plus et semble s'imposer en fonction des préoccupations professionnelles et des niveaux d'implication différents des enseignantes et des autres intervenants de l'école. Alors que les enseignantes se situent davantage au niveau des exigences et des problèmes concrets à gérer au niveau de la classe et dans leurs modes d'interaction avec les parents, les intervenantes psychosociales, dont la fonction professionnelle est davantage centrée sur le suivi individuel des élèves, sont davantage

centrées sur le support à apporter aux enseignantes dans leurs modes d'intervention auprès des élèves et auprès de leurs parents lorsque nécessaire.

Ces différents constats suggèrent, comme nous l'avons déjà mentionné que les représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante ne sont pas des objets de représentations isolés mais semblent, au contraire, s'articuler autour de concepts clés, notamment ceux de « l'enfant », de « l'hyperactivité », de la « discipline », du « rôle de l'école », « du médicament » et du « ritalin ». Ces concepts semblent définir et orienter de façon particulière les représentations sociales mises en évidence dans les trois dimensions du modèle d'analyse. En effet, dès que les questions d'enfant et d'hyperactivité sont abordées dans le contexte scolaire, les concepts de médicaments et de ritalin émergent de façon significative de la première dimension du modèle d'analyse (*les représentations du TDA/H et de la médication psychostimulante*) permettant de reconstituer les représentations du TDA/H et de la médication psychostimulante. Finalement, l'analyse réalisée en fonction de la seconde dimension du modèle (*les conditions du contexte dans lesquelles s'inscrivent les pratiques professionnelles liées au TDA/H et à la médication psychostimulante*) et de la troisième dimension (*la vie de relations entre les intervenants scolaires dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H*) ont généré deux autres concepts qui apparaissent significativement liés à ces mêmes représentations, soit la discipline et le rôle de l'école. Ces différents concepts semblent s'organiser autour de deux vecteurs : le contexte qui fait intervenir les concepts de rôle de l'école, de discipline et d'enfant et le vecteur de la maladie auquel s'amalgament les concepts de médicament et de ritalin.

Cette idée que les représentations du TDA/H et la médication puissent être organisées et structurées en lien avec d'autres « objets de représentation » n'est pas nouvelle et a déjà fait l'objet de nombreuses investigations tant sur le plan théorique qu'empirique (Rouquette 1994; Garnier et coll., 2000a; Garnier et Lévy, 2007) dans le champ d'études des représentations sociales. On la retrouve, également chez Guimelli (1994), Blin (1997), Mardellat (1994) ou encore Piaser (2000), (Blin, 1997) dont les travaux ont permis de mettre en évidence certains liens possibles qui s'établissent entre

les concepts clés dans une profession, les conceptions des rôles des intervenants, les pratiques professionnelles et le contexte social global lié à l'histoire du groupe, liens dont il faut tenir compte dans l'analyse.

Dans le cas particulier qui nous concerne, la question qui se pose dorénavant est celle concernant les relations qu'entretiennent ces différents concepts entre eux et que nous voulons mieux comprendre, décrire et analyser dans les prochains chapitres. Une telle investigation fournira, comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre méthodologie, les indicateurs fondamentaux à partir desquels il sera possible d'approfondir, suivant les groupes d'intervenants concernés, les modes d'organisation des représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante. Cet objectif sera atteint, en mettant en évidence les contenus et les modes de structuration des représentations des groupes d'intervenants concernés.

CHAPITRE VI

Résultats et analyses des associations de mots

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la tâche d'associations de mots réalisée à partir des six concepts clés (ENFANT, RÔLE DE L'ÉCOLE, DISCIPLINE, HYPERACTIVITÉ, MÉDICAMENT, RITALIN) que nous avons déjà présentés dans la section 3.4.3. du chapitre de la méthodologie comme étant les six mots inducteurs. Ces six mots ont été retenus en raison de leur importance dans l'ensemble des discours des deux groupes d'intervenants interrogés et qui ont émergé de l'ensemble des analyses des entretiens présentés au chapitre précédent.

Rappelons que les 27 sujets qui ont participé aux entretiens ont également eu pour tâche d'associer trois mots à chacun des six mots inducteurs, ce qui a permis d'obtenir 486 mots induits (à l'avenir induits) qui ont fait l'objet de plusieurs phases successives de catégorisation. Cette procédure de catégorisation a permis de ramener les réponses des sujets à un langage commun sous forme de catégories d'induits tout en restant au plus près du sens premier donné par les sujets (Garnier et coll., 1999, 2000, 2002). Cette procédure a été réalisée en nous inspirant de la démarche proposée par Garnier (1999), (Garnier et coll. 2000*b*; Garnier et coll., 2005) et qui a ensuite donné lieu à quatre niveaux d'analyses successives et complémentaires que nous avons déjà eu l'occasion de présenter dans la section 3.5.4 du chapitre sur la méthodologie. Il s'agit des niveaux d'analyse suivants :

- premier niveau : caractérisation globale des deux groupes d'intervenants à l'aide du test du chi-deux;
- second niveau : analyse descriptive et caractérisation des groupes d'intervenants de l'école par mot inducteur;
- troisième niveau : analyse de la « prototypicalité » de la représentation sociale;
- quatrième niveau : analyses factorielles de correspondances multiples (AFCM).

Ces quatre niveaux d'analyses ont été réalisés dans un ordre croissant de précision, du plus global au plus spécifique, afin de mettre systématiquement en lumière

le mode d'organisation et de structuration des éléments constitutifs des représentations sociales et d'en dégager ultimement les principes organisateurs.

6.1 Premier niveau d'analyse des associations de mots : test du chi-deux

Le premier niveau d'analyse, de type exploratoire, a été effectué afin d'examiner le comportement global de chacun des deux groupes d'intervenants (enseignants et autres intervenants de l'école) à la tâche d'association de mots. Rappelons que le test statistique du chi-deux a été réalisé afin de vérifier s'il existait une structure spécifique ou particulière liant les deux groupes à l'un ou à plusieurs des mots inducteurs. Il a pu être réalisé en réduisant, à 2 ou 3 catégories, le nombre de catégories soumises à l'analyse afin que le nombre de variables ne dépasse pas le nombre de sujets. Bien qu'il ait été réalisé dans une perspective d'analyse préliminaire, les résultats à ce test ont pu guider le choix des analyses subséquentes.

Plusieurs phases successives de catégorisation des 486 mots induits ont permis de les agréger dans des catégories plus larges qui sont présentées au tableau 6.1.1. L'analyse procédant du général au particulier ainsi que la description détaillée des induits qui composent les catégories apparaissent ici de façon succincte, car elle fera l'objet d'une discussion plus approfondie à la prochaine section.

Cette réduction du nombre de catégories permet de discerner les principaux éléments qui organisent les associations de mots. La fréquence absolue des catégories d'induits est présentée au prochain tableau en fonction de leur ordre d'association car, contrairement à la fréquence relative, elle permet une appréciation plus juste de l'équilibre des catégories en raison du nombre restreint de sujets.

Tableau 6.1.1
Fréquence absolue des catégories d'induits selon leur ordre d'association

Inducteurs	Catégories d'induits	Fréquence absolue		
		1 ^e	2 ^e	3 ^e
Enfant	Bonheur-amour (22 induits)	8	8	6
	Aspects ludiques (16 induits) + Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif (10 induits)	6	10	10
	Enfance idéalisée (33 induits)	13	9	11
École	Actions éducatives (32 induits)	14	11	7
	Actions d'enseignement (18 induits)	8	6	4
	Accompagnement-aide-soutien (11 induits) + Socialisation (10 induits) + Relations école-famille-société (9 induits)	5	10	15
Discipline	Nature et bénéfices de la discipline (27 induits)	10	5	8
	Rigueur, limites et encadrement (comme forme de discipline) (25 induits)	7	11	7
	Régulation de la discipline (19 induits) + acteurs de la discipline (10 induits)	10	11	12
Hyper-activité	Motricité et agitation (24 induits) + Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité) (13 induits) + Problèmes d'attention et de concentration (5 induits) + Caractéristiques psychosociales positives (qualités propres de l'enfant hyperactif) (6 induits)	20	14	14
	Impact sur les intervenants et problèmes à gérer (14 induits) + Recherche de solutions (13 induits) + Doutes et questionnements (6 induits)	7	13	13
Médicament	Types de médicaments (7 induits) + Signes et symptômes de la maladie (18 induits) + Médication associée à un modèle d'intervention (6 induits)	14	10	7
	Rejet du médicament (18 induits) + Remise en question et inquiétudes associées au médicament (12 induits)	6	10	14
	Importance des effets positifs (20 induits)	7	7	6
Ritalin	Symptômes associés au TDA/H (18 induits)	7	6	5
	Solution temporaire et de dernier recours (9 induits) + Solution nécessaire et bénéfique (18 induits)	11	10	6
	Interrogations traitement (21 induits) + Usage abusif et effets secondaires liés au ritalin (15 induits)	9	11	16

Il est à noter qu'à cette première ébauche de l'analyse des modes de structuration des représentations, la discussion sera dirigée vers les catégories présentant les fréquences les plus élevées.

On constate donc que la représentation de l'enfant semble se structurer tout d'abord par une conception idéalisée de l'enfance, laquelle présente la fréquence la plus élevée ($n = 13$) pour ensuite se stabiliser à la seconde et à la troisième association de mots, aux aspects ludiques et aux difficultés qu'ils posent dans le contexte éducatif. Quant à l'école, ce sont les actions éducatives qui priment à la première ($n = 14$) et la seconde association de mots ($n = 11$) et ce n'est qu'à la troisième association de mots ($n = 15$) que cette notion s'élargit à diverses formes de relations (aide, soutien, famille, etc.). La discipline varie peu selon l'ordre d'association de mots si l'on ne retient que la fréquence la plus élevée. Ce sont les acteurs de la discipline et la régulation qui y est liée qui prévalent pour chacune des trois associations de mots induits ($n = 10;11;12$).

L'hyperactivité semble être tout d'abord représentée par ses principales caractéristiques ($n = 20$), c'est-à-dire par les problèmes de motricité et d'agitation. À la seconde et à la troisième association d'induits, on observe un écart peu marqué entre les caractéristiques de l'hyperactivité ($n = 14$) et son impact sur les intervenants qui peuvent inclure une réaction critique ($n = 13$). Le concept de médicament semble être axé à la première association sur des éléments observables (types de médicaments, symptômes : $n = 14$) pour passer à une conception plus critique (rejet du médicament) surtout à la troisième association de mots induits ($n = 14$). Un phénomène similaire s'observe pour le ritalin qui est d'abord conçu comme une solution ($n = 11$) pour ensuite faire l'objet d'interrogations ($n = 11;16$).

Concernant l'ensemble de ces résultats, on notera qu'une attitude critique semble prévaloir pour l'hyperactivité, le médicament et le ritalin alors qu'elle semble absente des notions qui sont liées aux pratiques éducatives (enfant, école, discipline). Toutefois, ces résultats préliminaires ne permettent pas de déterminer si un tel questionnement par rapport à l'hyperactivité est davantage le fait des enseignantes ou des autres intervenants

de l'école. À titre indicatif⁶, les résultats du test du chi-deux permettent justement de distinguer les deux groupes sur le premier mot associé au médicament (tableau 6.1.2) et au premier mot associé au ritalin (tableau 6.1.3). Tous les autres inducteurs (enfant, discipline, école, hyperactivité) n'étant pas significatifs, les tableaux croisés ont été placés en annexe (voir appendice c).

Au test du chi-deux, le croisement des variables relatives aux groupes enseignants/autres intervenants et celle du mot inducteur « MÉDICAMENT » s'est avéré significatif ($X^2 : 6,667$; $df : 2$; $p = 0,036$). Le tableau 6.1.2, produit par le croisement de ces deux variables, permet de relever que les enseignantes sont plus enclines que les autres intervenants à considérer le médicament sous les angles des types et des symptômes (enseignants = 12; autres intervenants = 2) et de ses effets positifs (enseignants = 6; autres intervenants = 1). On ne relève que deux enseignantes qui adoptent une position critique (rejet, inquiétude) envers la notion de médicament alors que cette position est plus marquée dans le groupe des autres intervenants de l'école ($n = 4$).

⁶ Il est à noter que ce test ne constitue qu'un indicateur permettant de poursuivre l'analyse étant donné que certaines fréquences sont inférieures à 5, ce qui réduit la fiabilité du test.

Tableau 6.1.2
Répartition des groupes enseignants/autres intervenants de l'école
selon les catégories liées à l'inducteur MÉDICAMENT

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	autres	
médicament 1er mot	types méd, modalités et sympt	Count	12	2	14
		Expected Count	10,4	3,6	14,0
		% within médicamentaa	85,7%	14,3%	100,0%
		% within groupe	60,0%	28,6%	51,9%
	% of Total	44,4%	7,4%	51,9%	
	. rejét et inquiétudes	Count	2	4	6
		Expected Count	4,4	1,6	6,0
		% within médicamentaa	33,3%	66,7%	100,0%
		% within groupe	10,0%	57,1%	22,2%
	% of Total	7,4%	14,8%	22,2%	
	imp effets positifs	Count	6	1	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
% within médicamentaa		85,7%	14,3%	100,0%	
% within groupe		30,0%	14,3%	25,9%	
% of Total	22,2%	3,7%	25,9%		
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within médicamentaa	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Quant au croisement des variables relatives aux groupes enseignantes/autres intervenants et celle du mot inducteur « RITALIN » présenté au tableau 6.1.3, on relève un taux de signification légèrement supérieur à celui obtenu pour l'inducteur médicament ($X^2 : 8,412; df : 2; p = 0,015$).

Tableau 6.1.3
Répartition des groupes enseignants/autres intervenants de l'école
selon les catégories liées à l'inducteur RITALIN

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	autres	
ritalin 1er mot	symptômes	Count	7	0	7
		Expected Count	5,4	1,6	7,0
		% within ritalinaa	100,0%	,0%	100,0%
		% within groupe	41,2%	,0%	31,8%
		% of Total	31,8%	,0%	31,8%
	solutions (temporaires et nécessaires)	Count	9	2	11
		Expected Count	8,5	2,5	11,0
		% within ritalinaa	81,8%	18,2%	100,0%
		% within groupe	52,9%	40,0%	50,0%
		% of Total	40,9%	9,1%	50,0%
	abus et interrogations	Count	1	3	4
		Expected Count	3,1	,9	4,0
		% within ritalinaa	25,0%	75,0%	100,0%
		% within groupe	5,9%	60,0%	18,2%
		% of Total	4,5%	13,6%	18,2%
Total	Count	17	5	22	
	Expected Count	17,0	5,0	22,0	
	% within ritalinaa	77,3%	22,7%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	77,3%	22,7%	100,0%	

Comme pour le médicament, les enseignantes se montrent généralement plus disposées que les autres intervenants à considérer le ritalin sous l'angle des solutions (enseignants = 9; autres intervenants = 2) et de la symptomatologie (enseignants = 7; autres intervenants = 0). Par ailleurs, ici aussi les autres intervenants apparaissent plus critiques (abus et interrogations) envers le ritalin (autres intervenants = 3; enseignants = 1). Compte tenu de la différence observée entre les groupes d'enseignants et des autres intervenants, une analyse réalisée sur une catégorisation plus détaillée fera l'objet de la prochaine section.

6.2 Second niveau d'analyse des associations de mots : analyse descriptive des réponses des intervenants par inducteur

Le second niveau correspond à un niveau d'analyse beaucoup plus détaillé des induits pour chacune des deux populations. En effet, les induits de chacun des mots inducteurs présentés globalement dans la section précédente ont été regroupés en catégories beaucoup plus fines et détaillées, soit de quatre à sept catégories selon les mots inducteurs.

Dans cette partie, ces catégories sont présentées de façon détaillée à l'aide de deux types de tableaux. Ce regroupement par catégories permet non seulement d'obtenir une vue d'ensemble des réponses des intervenants de l'école, mais également de faire émerger les idées les plus saillantes et organisatrices de leur discours. Un premier tableau précise, pour l'ensemble des deux groupes enseignants et autres intervenants, la fréquence absolue (nombre) et la fréquence relative (%) de chacun des mots induits associés à chacun des mots inducteurs caractérisant les diverses catégories. Un second tableau spécifie la répartition du nombre d'enseignants et des autres intervenants selon chacune des catégories des mots induits en termes de fréquence absolue et de fréquence relative ainsi que leur contribution à la formation des catégories.

6.2.1 Mot inducteur ENFANT

Dans ce second niveau d'analyse, les 81 mots induits associés au mot inducteur ENFANT ont été regroupés ici en quatre catégories et sont présentés au tableau 6.2.1. Il s'agit des catégories « Enfance idéalisée », « Bonheur-amour », « Aspects ludiques » et « Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif ».

Tableau 6.2.1
Catégories classées à partir du mot inducteur ENFANT et fréquence

Catégories d'induits	Mots induits caractérisant la catégorie	Fréquence	%
Enfance idéalisée	Innocence, naïveté, spontanéité, pureté, sérénité, malléable, beauté, c'est beau, merveille, magie, imaginaire, rêve, surprise, talent, potentiel, habileté, enjoué, joie de vivre, créativité, curieux, couleur, découverte, pas de préjugés, avenir, richesse, progrès, justice	33	40,74
Bonheur-amour	Amour, c'est l'amour, mes amours, j'aime, affection, bonheur de l'enfant, c'est le bonheur, rendre heureux, son bien-être, joie, ma vie	22	27,16
Aspects ludiques	Jeu, jouer, s'amuser, actif, motricité, le social, toutou, poupée, sourire, rire, plaisir	16	19,75
Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif	Misère, difficulté, dépendant de l'adulte, attention, apprentissage, école, sa présence à l'école, relation d'aide, respect des autres	10	12,35
Total		81	100 %

Avec une fréquence de 33, la catégorie « Enfance-idéalisée » est la plus importante associée au mot inducteur ENFANT. Compte tenu de sa fréquence, on peut donc penser que cette catégorie revêt une importance majeure dans la représentation que l'ensemble des intervenants se fait de l'enfant. Les induits regroupés dans cette catégorie s'expriment de deux façons différentes. Dans le premier cas de figure, l'enfant est décrit à l'aide de divers adjectifs ou qualificatifs qui renvoient l'image de la pureté de l'être sous toutes ses formes et dans une certaine mesure, l'image d'un enfant « idéalisé ». Dans ce cas particulier, les induits sont : innocence, naïveté, spontanéité, malléabilité, beauté, magie, pureté, merveille, beau, sérénité, enjoué, justice, pas de préjugés et joie de vivre. Dans le second cas de figure, l'enfant y est plutôt décrit en termes d'habiletés, de potentialité, de succès et de créativité. La représentation de l'enfant s'exprime à travers différents induits tels que : imaginaire, surprise, talent, potentiel, habileté, créativité, couleur, rêve, découverte, avenir, richesse, progrès.

De façon générale, on peut dire que la représentation de l'enfant renvoie à des sentiments heureux, centrés sur ses possibilités de création et d'expression. Elle symbolise ainsi la beauté associée à la réalité de l'enfant et de l'enfance.

La seconde catégorie « bonheur-amour » a un effectif moins élevé (22) bien qu'elle semble également jouer un rôle majeur dans la représentation que se font les intervenants de l'image de l'enfant.

Trois niveaux caractérisent cette catégorie :

- l'enfant suscite spontanément un sentiment d'amour et de joie : amour, c'est l'amour, mes amours, j'aime, affection, joie;
- il suscite également des sentiments positifs liés à son bonheur et à son bien-être : le bonheur de l'enfant, c'est le bonheur, rendre heureux, son bien-être;
- il suscite finalement des sentiments positifs et heureux dont les induits sont : joies, ma vie.

Ces associations révèlent non seulement que ces divers sentiments occupent une place importante dans la représentation que l'ensemble des intervenants interrogés se font de l'enfant, mais que cette place est encore une fois, associée à une vision très positive de l'enfant.

La catégorie « Aspects ludiques » est très proche des deux catégories précédentes (fréquence = 16), mais se distingue en y introduisant l'aspect de jeu dans la représentation de l'enfant (jeu, jouer, s'amuser, actif, toutou, poupée, motricité) et l'expression « du plaisir » et de la joie de vivre de l'enfant (sourire, rire, plaisir, le social). Cette catégorie se définit en premier lieu par l'expression de l'importance que les intervenants attribuent généralement aux activités ludiques de la période de l'enfance comme le besoin de bouger, sourire, rire, jouer et s'amuser. Ainsi, il n'est pas question d'associer ici l'enfant à des problèmes particuliers ou identifiés de façon récurrente dans le milieu scolaire, par exemple des problèmes d'hyperactivité, d'attention et de concentration, d'apprentissage ou de comportement. L'image de l'enfant est donc

associée avant tout à ses aspects positifs plutôt qu'à des aspects négatifs ou problématiques.

Alors que les catégories précédentes sont la plupart du temps associées dans les discours, la catégorie la plus faible (10) est celle où l'enfant est lié à l'image des élèves présentant des « Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif ». Cette catégorie s'oppose en quelque sorte aux catégories précédentes en faisant appel à un registre sémantique complètement différent, où l'expression des induits reflète l'importance de mettre en place toutes les démarches nécessaires pour apporter le support et l'aide nécessaires aux élèves en difficultés (misère, difficulté, dépendant de l'adulte, école, sa présence à l'école, relation d'aide). Il s'agit aussi de la seule catégorie dans laquelle certains symptômes associés au TDA/H (problèmes d'apprentissage, problèmes d'attention, respect des autres) sont exprimés spontanément par quelques intervenants. De par le fait qu'au mot inducteur ENFANT soit associé à des problèmes d'attention, on peut donc penser que la problématique du TDA/H est bien présente dans le champ ou l'univers représentationnel des intervenants et qu'elle est aussi étroitement associée aux problèmes que rencontrent certains jeunes qui en sont atteints dans le cadre scolaire.

L'examen du tableau suivant (voir tableau 6.2.1.1) offre des informations intéressantes par rapport à la contribution de chacun des groupes dans les catégories d'induits.

Tableau 6.2.1.1
Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur ENFANT

Catégories d'induits	Groupe	Part des sous-populations		Contribution à la catégorie	
		Effectif	%	Effectif	%
Bonheur-amour	Enseignants	15/20	75 %	19/22	86,36 %
	Autres intervenants	2/7	28,57 %	3/22	13,64 %
Aspects ludiques	Enseignants	9/20	45 %	12/16	75 %
	Autres intervenants	4/7	57,14 %	4/16	25 %
Enfance idéalisée	Enseignants	15/20	75 %	24/33	72,73 %
	Autres intervenants	5/7	71,43 %	9/33	27,27 %
Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif	Enseignants	3/20	15 %	5/10	50 %
	Autres intervenants	4/7	57,14 %	5/10	50 %

En premier lieu, on y retrouve une nette différence entre les deux groupes (enseignants et autres intervenants). Les catégories « Bonheur-amour » (75 %) et « Enfance idéalisée » (75 %) touchent en effet fortement le groupe des enseignants. Par contre, on peut remarquer que si la part des deux groupes est relativement homogène en ce qui concerne la catégorie « Enfance idéalisée » (75 % enseignants et 71,43 % autres intervenants), la contribution du groupe des autres intervenants à la formation de la catégorie « Bonheur-enfant » (28,57 %) est beaucoup plus faible que celle des enseignants et relativement plus élevée en ce qui concerne la catégorie « Aspects ludiques » (45 % enseignants et 57,14 % non-enseignants). On peut finalement noter que ce sont également les autres intervenants de l'école (57,14 %), contrairement aux enseignants (15,14 %) qui associent davantage l'enfant à des « problèmes et difficultés » rencontrées par les élèves dans le cadre scolaire. On peut donc penser que ces différences marquent de façon générale des visions distinctes de l'enfant suivant les groupes d'intervenants concernés, celui des autres intervenants étant davantage partagé entre les aspects positifs associés à la période de l'enfance (beauté de l'enfant, sa spontanéité, sa joie de vivre, etc.) et les aspects plus négatifs associés aux divers problèmes que présentent certains élèves dans le cadre scolaire.

6.2.2 Mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE

Cinq catégories d'induits sont associées à l'inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE : « Actions éducatives », « Actions d'enseignement », « Socialisation », « Accompagnement-aide-soutien » et finalement « Relations école-famille-école ».

Tableau 6.2.2

Catégories classées à partir du mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE et fréquence

Catégories d'induits	Mots induits caractérisant la catégorie	Fréquence	%
Actions éducatives	Éduquer, éducation, instruire, respect, responsabiliser, encadrement, encadrer, stricte, discipline, règlement	30	37,03 %
Actions d'enseignement	Enseigner, enseignement, pédagogie, transmettre, apprentissage, apprentissages, évaluer, fin d'année, professeur, cloche	19	23,46 %
Accompagnement-aide-soutien	Soutenir, aider, aide, donner des outils, faire progresser, encourager, découvrir des habiletés spéciales, service, donner des moyens, réussite de moi	12	14,81 %
Socialisation	Socialiser, rendre heureux l'enfant, bien-être	11	13,58 %
Relations école-famille-école	Trop grand, partie intégrante de la vie, suite de la famille, maman, enfant, collaboration, rôle d'information, rôle d'échange	9	11,11 %
Total		81	100 %

La catégorie « Actions éducatives » est majoritaire du point de vue de l'effectif (30) et, compte tenu de sa fréquence, nous permet de croire qu'elle revêt une importance majeure dans la perception qu'ont les intervenants du rôle de l'école dans le processus de prise en charge des élèves dans le cadre scolaire. Deux niveaux représentent cette catégorie :

- un premier niveau regroupe des induits que l'on peut qualifier comme traduisant une vision globale du rôle de l'école : éduquer, éducation, instruire, responsabiliser, respect;
- un second niveau regroupe des induits désignant au contraire une vision beaucoup plus spécifique et délimitée du rôle de l'école, centrée sur l'importance de la discipline et de l'encadrement des élèves : encadrement, strict, encadrer, discipline, règlement.

Tantôt volonté d'éduquer, d'instruire ou de responsabiliser, tantôt volonté d'encadrer, d'aider et de soutenir, les actions éducatives reflètent la visée globale éducative et ses différentes formes d'intervention pour favoriser le développement d'un certain « savoir » ou d'une certaine « conduite » chez les élèves.

La catégorie « Actions d'enseignement » a une fréquence moins élevée (19) que la catégorie « Actions éducatives », le rôle de l'école étant d'abord lié à l'enseignement et aux différentes tâches que les intervenants doivent assumer tant sur le plan académique que sur celui de l'acquisition des apprentissages et de la réussite scolaire des élèves. Cette catégorie regroupe deux types d'induits différents :

- ceux qui sont liés aux différentes tâches d'enseignement : enseigner, enseignement, pédagogie, transmettre, évaluer, apprentissage(s), professeur. Dans ce cas-ci, l'enseignement consiste à favoriser les apprentissages, faciliter l'acquisition des connaissances ou à transmettre des contenus, un certain savoir ou « savoir faire »;
- ceux qui sont liés à des indicateurs temporels précis qui marquent le quotidien de la vie scolaire : cloche, fin d'année.

En ce qui concerne la catégorie « Accompagnement-aide-soutien », elle regroupe plusieurs induits liés au rôle de l'école, mais dans ce cas-ci, les induits ont tous une connotation très proche des actions d'enseignement centrées sur l'enfant dans le but de le faire progresser et de le faire évoluer : soutenir, aider, aide, donner des outils, faire progresser, encourager, découvrir des habiletés spéciales, service, donner des moyens,

réussite de moi. Elle désigne ainsi les diverses actions pédagogiques pour apporter l'aide et le soutien nécessaires aux élèves dans leur cheminement personnel et académique.

Deux catégories « Socialisation » et « Relations école-famille-société » sont plus faiblement associées au rôle de l'école et présentent des fréquences très proches (respectivement 11 et 9). La catégorie « Socialisation » correspond à des induits tels que : rendre l'enfant heureux et bien-être, socialisation. Il s'agit de la seule dont le rôle de l'école est exprimé dans son versant plus « social », c'est-à-dire centré sur l'importance de favoriser l'intégration des élèves dans leur milieu de vie scolaire.

Quant à la catégorie « Relation école-famille-société », elle comporte deux sous-catégories :

- l'une majoritaire, désignant l'idée de complémentarité entre la famille et l'école ainsi que l'importance des liens de collaboration dans la prise en charge des élèves (dans ce premier cas de figure, les induits sont : collaboration avec la famille, suite de la famille, maman, enfant, rôle d'échange, d'information);
- l'autre minoritaire, dont l'expression principale désigne un sentiment négatif, par rapport au rôle que doit assumer l'école, dans la prise en charge des élèves présentant un TDA/H (dans ce second cas de figure, le seul induit est « trop grand »).

Tableau 6.2.2.1

Contribution des groupes aux catégories associées
au mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE

Catégories d'induits	Groupe	Part des sous-populations		Contribution à la catégorie	
		Effectif	%	Effectif	%
Actions éducatives	Enseignants	18/20	90 %	23/30	76,67 %
	Autres intervenan	6/7	85,71 %	7/30	23,33 %
Actions d'enseignement	Enseignants	11/20	55 %	13/19	68,42 %
	Autres intervenan	4/7	57,14 %	6/19	13,58 %
Accompagnement- aide- soutien	Enseignants	6/20	30 %	10/12	83,33 %
	Autres intervenan	2/7	28,57 %	2/12	16,67 %
Socialisation	Enseignants	5/20	25 %	6/11	54,55 %
	Autres intervenan	2/7	28,57 %	5/11	45,45 %
Relation école-famille- société	Enseignants	5/20	25 %	8/9	88,89 %
	Autres intervenan	1/7	14,28 %	1/9	11,11 %

Si la catégorie « Actions éducatives » est largement majoritaire et fortement associée au RÔLE DE L'ÉCOLE, on peut dire que c'est le cas pour les deux sous-populations [groupe des enseignants (90 %) et celui des autres intervenants (85,71 %)]. On constate, en effet, que cette catégorie touche presque la totalité des effectifs de ces deux groupes. Quant à la catégorie « Actions d'enseignement », on remarque qu'elle est aussi étroitement associée au rôle de l'école de façon relativement homogène entre les deux sous-populations (55 % enseignants et 57,14 % autres intervenants), quoique la part de cette catégorie est relativement moins importante que la catégorie « Actions éducatives ».

On retrouve également ce phénomène pour les catégories « Accompagnement-aide-support » (30 % et 28,57 %), « Socialisation » (25 % et 28,57 %) et « Relation école-famille-société » (25 % et 14,28 %), mais de façon beaucoup moins importante que les deux catégories précédentes. On peut donc penser que pour la majorité des

intervenants, le rôle de l'école est d'abord celui « d'éduquer » et « d'enseigner » dans le but de responsabiliser et de faire progresser les élèves tout en s'assurant de leur fournir des conditions favorables à leur développement.

6.2.3 Mot inducteur DISCIPLINE

Comme pour le mot inducteur ENFANT, quatre catégories sont associées à la discipline : « Rigueur, limites et encadrement », « Nature et bénéfices de la discipline », « Régulation de la discipline » et « Les acteurs de la discipline ».

Tableau 6.2.3

Catégories classées à partir du mot inducteur DISCIPLINE et fréquence

Catégories d'induits	Mots induits caractérisant la catégorie	Fréquence	%
Rigueur, limites et encadrement (comme forme de discipline)	Montrer, imposer des limites, connaître ses limites, l'aider à se discipliner, rigueur, fermeté, avoir des règles de conduite bien définies, la police, encadrement, système d'émulation, structure, consigne opposition	25	30,86 %
Nature et bénéfices de la discipline	Sécurité, respect, respect de soi et de l'autre, compréhension à travers une discipline, comportement, pour améliorer son sort, autonomie, discipline personnelle, discipline de soi-même, discipline de vie, nécessaire, importante, incontournable, on l'a fait, la mettre en vigueur, tous les jours, difficile, difficulté, difficile, général, organiser, il y en a trop à faire, douleur	23	28,40 %
Régulation de la discipline	Amour, faut pas trop que ça paraisse, égalité, intériorisation de ce que ça peut-être, cohérent, constance, compréhensif, dialoguer, récompense, volonté, un petit peu souple, aider, confiance, sécuriser, fonctionnement, personnalité, formation	21	25,93 %
Les acteurs de la discipline	Les parents, parent, enseignant, école, la maison, groupe	12	14,81 %
Total		81	100 %

La catégorie « Rigueur, limites et encadrement » (25) est majoritaire du point de vue de l'effectif. Elle correspond aux diverses actions pour assurer le bon fonctionnement des élèves dans le milieu scolaire : montrer les limites, imposer des limites, un enfant doit connaître ses limites, l'aider à se discipliner, rigueur, fermeté, avoir des règles de conduite bien définies, la police, encadrement, système d'émulation, structure, consigne, opposition. Ces différents induits désignent l'importance que revêt la discipline dans l'encadrement des élèves comme les résultats d'entretiens présentés dans le chapitre V ont permis de le mettre en évidence. Ils symbolisent le versant plus « strict », « rigide » ou « encadrant » jugé nécessaire par les intervenants dans leurs modes d'action et d'intervention auprès des élèves qui présentent entre autres des problèmes de comportement ou associés à un TDA/H.

La catégorie « Nature et bénéfices de la discipline » avec une fréquence de (23) est très proche de la catégorie précédente. Elle regroupe des induits de trois ordres :

- ceux qui sont liés à une certaine forme de normalisation de la discipline : on l'a fait, la mettre en vigueur, général, nécessaire, importante, incontournable;
- ceux qui sont liés au versant plus négatif de la discipline que les intervenants de l'école associent à quelque chose de difficile, demandant, voire très exigeant. Dans ce cas-ci, les induits sont : difficile, difficulté, douleur, il y en a trop à faire.
- ceux qui sont liés aux bénéfices et aux conséquences positives de la discipline pour les élèves (sécurité, respect, respect de soi et de l'autre, compréhension à travers une discipline, comportement, pour améliorer son sort, autonomie, discipline personnelle, discipline de soi-même, discipline de vie, organiser).

Contrairement à une vision de la discipline centrée sur la rigueur et les exigences qu'impose la discipline, la catégorie « Régulation de la discipline » (fréquence = 21) regroupe des induits dont les caractéristiques sont tout à fait d'un autre ordre dans la façon de concevoir et de mettre en application les différentes formes de discipline dans le milieu scolaire. Les induits correspondent dans ce cas-ci à deux dimensions particulières :

- la dimension psychologique et relationnelle de la discipline : dans ce premier cas de figure, les induits (l'amour, l'égalité, la confiance, être compréhensif, sécuriser, la volonté, dialogue, fonctionnement, personnalité) correspondent aux conditions de base jugées favorables et nécessaires au niveau de la relation « intervenant-élève »;
- la dimension régulatrice et fonctionnelle de la discipline : dans ce second cas de figure, les induits traduisent l'idée que la régulation de la discipline implique une certaine forme de souplesse de la part des intervenants parce qu'il « ne faut pas trop que ça paraisse », et ce, en étant cohérent (cohérence) et constant (constance) dans la manière d'intervenir ou d'interagir auprès des élèves.

Finalement, l'effectif le plus faible est celui de la catégorie « Acteurs de la discipline » (12). Cette catégorie symbolise tous les acteurs qui peuvent agir, tant dans le milieu scolaire que dans le milieu familial, au niveau de la régulation de la discipline : les parents, le parent, l'enseignant, l'école, la maison, le groupe (de pairs). Il semble bien, comme les résultats des entretiens ont déjà laissé transparaître, que les questions relatives à la discipline ne concernent pas seulement les intervenants scolaires, mais aussi les parents dont la collaboration est fortement recherchée pour tenter de trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans le cadre de l'école.

Tableau 6.2.3.1
Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur DISCIPLINE

Catégories d'induits	Groupe	Part des sous-populations		Contribution la catégorie	
		Effectif	%	Effectif	%
Nature et Bénéfices de la discipline	Enseignants	15/20	75 %	18/27	66,67 %
	Autres intervenants	6/7	85,71 %	9/27	33,33 %
Rigueur, limites et encadrement	Enseignants	16/20	80 %	20/25	80 %
	Autres intervenants	4/7	57,14 %	5/25	20 %
Régulation de la discipline	Enseignants	10/20	50 %	13/19	68,42 %
	Autres intervenants	5/7	71,43 %	6/19	31,58 %
Les acteurs (de la discipline)	Enseignants	6/20	30 %	9/10	90 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	1/10	10 %

Comme on peut le constater à la lecture du tableau 6.2.3.1, la catégorie « Nature et bénéfiques (de la discipline) » est majoritaire et touche les deux groupes pour plus de 75 % de leurs effectifs (respectivement 75 % pour les enseignants et 85,71 % pour les autres intervenants). Compte tenu de son effectif, on peut donc penser que cette catégorie revêt une importance majeure pour l'ensemble des intervenants de l'école interrogés sur ce thème.

En ce qui concerne la catégorie « Rigueur, limites et encadrement », elle touche fortement les enseignants (80 %), contrairement aux autres intervenants de l'école (57,14 %) dont la contribution est plus importante en ce qui concerne la catégorie « Régulation de la discipline » (71,43 % autres intervenants et 50 % enseignants).

Enfin, la catégorie « Acteurs de la discipline » associée au mot inducteur DISCIPLINE est celle dont l'effectif est le plus faible dans les deux groupes (30 % et 14,29 %). Elle représente davantage le groupe des enseignants, mais les différences sont trop faibles pour pouvoir établir de sérieuses différences.

On peut donc conclure, comme les résultats des entretiens ont déjà permis de mettre en évidence, que la discipline occupe une place importante pour l'ensemble des intervenants de l'école et plus particulièrement pour les enseignants lorsqu'il s'agit de mettre en place des règles de conduite précises et bien définies au niveau de la gestion de classe. La discipline reste donc une dimension obligatoire et nécessaire pour parvenir à bien encadrer les élèves bien que plusieurs la considèrent comme étant une tâche pouvant s'avérer très difficile et exigeant beaucoup de rigueur sur le plan professionnel.

6.2.4 Mot inducteur HYPERACTIVITÉ

L'inducteur hyperactivité regroupe sept catégories d'induits présentées dans le tableau ci-dessous. Ces catégories indiquent comme l'ont révélé les résultats des entrevues, que le concept d'hyperactivité renvoie à une multiplicité de symptômes caractérisant ce trouble particulier.

Tableau 6.2.4
Catégories classées à partir du mot inducteur HYPERACTIVITÉ et fréquence

Catégories d'induits	Mots induits caractérisant la catégorie	Fré- quence	%
Motricité et agitation	Motricité, besoin d'espace, agitation, agité, actif, excitation, grouillant, bouger, ça bouge, bougeotte, bouge, arrête jamais, brouhaha, effervescence	24	29,63 %
Impact sur les intervenants et problèmes à gérer	Apprentissage, problème, je vais avoir des problèmes, synonyme de troubles, difficultés, impatience, augmentation de stress, surcroît de travail, incapacité à trouver des solutions, difficultés en classe, dérangement dans une classe, dérangement	14	17,28 %
Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité)	Affectif, ne se contrôle pas, socio-affectif faible, mal-être, pas être bien dans sa peau, perte d'estime de soi, excessif, vouloir sans être capable, quelques fois agressivité, parfois perturbateur, enfant perturbateur, difficulté à être en relation, marginalité	13	16,05 %
Recherche de solutions	Besoin d'écoute, ritalin, médicament, évaluation psychologique, évaluation neurologique, solution, parler, moyens, aider, aider l'enfant à se connaître, enfant, travail	13	16,05 %
Caractéristiques psychosociales (qualités propres de l'enfant hyperactif) ⁷	Enfants souvent super intelligents, pas confondre avec intelligence, curieux, peuvent être très motivants, francs	6	7,41 %
Doutes et questionnements liés à l'hyperactivité	Gros questionnement, je ne suis pas sûre, est-ce que ça existe ? Qu'est-ce que c'est au juste? Il y en a de plus en plus, est-ce neurologique?	6	7,41 %
Problèmes d'attention et de concentration	Manque de concentration, difficulté de concentration, attention, pas attentif	5	6,17 %
Total		81	100 %

⁷ Cette catégorie que nous avons dénommée caractéristiques psychosociales réfère souvent aux qualités psychosociales réfère souvent aux qualités propres de l'enfant jugé hyperactif.

À la lecture du tableau 6.2.4, on peut remarquer en premier lieu que la catégorie d'induits « Motricité et agitation » avec une fréquence de 24 occupe une position centrale dans la représentation que se font les intervenants de l'hyperactivité. Ce trait est présent sous des formes différentes : motricité, besoin d'espace, agitation, agité, actif, excitation, grouillant, bouger, ça bouge, bougeotte, bouge, arrête jamais, brouhaha et effervescence. Les trois catégories suivantes, soient « Impact sur les intervenants et problèmes à gérer », « Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité) » ainsi que « Recherche de solutions et modalités d'intervention » sont très proches et relativement homogènes en termes de fréquence (respectivement 15, 14 et 13). À fréquence presque égale, on peut penser que des liens très étroits semblent s'établir entre les problèmes liés aux élèves hyperactifs (comme les difficultés sur le plan de l'hyperactivité, perte de contrôle, problèmes affectifs) et les nombreux problèmes que les intervenants ont à gérer dans le cadre scolaire (problèmes à gérer les comportements difficiles en classe, problèmes d'apprentissage, etc.). Dans ce cas particulier, les problèmes dénoncés par les uns et les autres sont généralement associés au versant négatif de l'hyperactivité, ce problème étant perçu comme étant difficile à gérer sur le plan professionnel.

La catégorie « Impact sur les intervenants et problèmes à gérer » est la seconde en termes d'effectifs. Elle correspond à deux sortes d'induits :

- ceux qui sont liés aux problèmes d'apprentissage, de comportement ou autres difficultés d'adaptation des élèves hyperactifs dans la classe (dérangement dans une classe, dérangeant, apprentissage);
- ceux qui sont liés à l'expression des difficultés rencontrées par les intervenants, voire un sentiment d'impuissance vécu par les uns et les autres dans la prise en charge de ces élèves (problème, je vais avoir des problèmes, synonyme de troubles, difficultés, manque de patience, augmentation de stress, surcroît de travail, incapacité à trouver des solutions, difficultés en classe).

Lorsque l'hyperactivité est associée aux « Difficultés psychosociales et relationnelles », cette catégorie regroupe divers induits caractérisant les problèmes que rencontrent les élèves sur le plan individuel, psychologique, psychosocial ou

relationnel : affectif, ne se contrôle pas, socio-affectif faible, mal-être, pas être bien dans sa peau, perte d'estime de soi, excessif, vouloir sans être capable, quelques fois agressivité, parfois perturbateur, enfant perturbateur, difficulté à être en relation, marginalité.

Trois dimensions caractérisent ensuite les induits de la catégorie « Recherche de solutions » :

- la première dimension réfère au processus d'évaluation des élèves hyperactifs. Il comporte des induits tels que : évaluation psychologique, évaluation neurologique et enfant;
- la seconde dimension est associée essentiellement à la « médication » comme solution possible au problème de l'hyperactivité. Elle désigne les induits médicament et ritalin;
- finalement, la troisième dimension « aide-support » regroupe divers induits associés à des modes d'intervention alternatifs à la médication : solution, moyens, aider, aider l'enfant à mieux se connaître, travail.

Comme nous aurions pu nous en douter, malgré l'importance reconnue des modes d'intervention alternatifs à la médication par l'ensemble des intervenants, le ritalin apparaît spontanément dans les discours comme un moyen pour résoudre les problèmes identifiés chez les élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H.

À fréquences égales, deux catégories « Caractéristiques psychosociales positives de l'enfant hyperactif » (6) et « Doutes et questionnements liés à l'hyperactivité » (6) sont aussi associées au mot inducteur HYPERACTIVITÉ. Bien que les fréquences de ces catégories sont relativement moins importantes que les catégories précédentes, elles représentent le versant plus positif en ce qui a trait à la façon de concevoir les problèmes des élèves hyperactifs. La première catégorie campe en effet une position unique en faisant intervenir une représentation de l'hyperactivité non pas associée à l'image d'un enfant agité, mais plutôt à un enfant très intelligent et ayant une très grande vivacité d'esprit (enfants souvent très intelligents, pas confondre avec intelligence, curieux,

peuvent être très motivants, francs). Quant à la seconde catégorie, les induits traduisent les nombreux questionnements des intervenants concernant l'origine ou les causes de ce trouble particulier : Je ne suis pas sûre, est-ce que ça existe? Gros questionnement, qu'est-ce que c'est au juste? Il y en a de plus en plus, est-ce neurologique?

De façon générale, on peut donc penser que même si la problématique de l'hyperactivité soulève de nombreux doutes et questionnements, l'image de l'enfant hyperactif considéré comme étant plus « curieux » et « intelligent » semble être bien présente dans les représentations que se font les intervenants de ce trouble particulier : l'enfant hyperactif ne serait donc pas seulement synonyme de problème, mais aussi associé à l'image d'un enfant « vif d'esprit » et ayant un grand besoin d'être stimulé sur le plan intellectuel. Mais si cette image était déjà présente dans le discours des enseignants comme les résultats des entretiens ont permis d'illustrer, ceux qui sont obtenus ici à l'aide des associations de mots ne laissent entrevoir aucun doute : cette vision n'est pas seulement celle des enseignants, mais elle semble aussi être bien présente et ancrée dans les représentations de l'ensemble des intervenants de l'école.

Finalement, l'effectif le plus faible est celui de la catégorie « Problèmes d'attention et de concentration » (5). Elle correspond à des induits tels que : manque de concentration, difficulté de concentration, attention, pas attentif. Ces différents mots correspondent tous aux critères diagnostiques du TDA/H, caractérisant le type d'inattention prédominante, tel que formulé dans le DSM IV. Ainsi, le TDA/H est ici principalement associé à un déficit sur le plan de la capacité d'attention et de concentration qui perturbe le fonctionnement des enfants et en l'occurrence sur le plan académique et scolaire.

Tableau 6.2.4.1
Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur HYPERACTIVITÉ

Catégories d'induits	Population	Part des sous-populations		Contribution à la catégorie	
		Effectif	%	Effectif	%
Motricité et agitation	Enseignants	12/20	60 %	16/23	69,57 %
	Autres intervenants	5/7	71,43 %	7/23	30,43 %
Impact sur les intervenants et problèmes à gérer	Enseignants	9/20	45 %	12/15	80 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	3/15	20 %
Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité)	Enseignants	9/20	45 %	10/13	76,92 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	3/13	23,08 %
Recherche de solutions	Enseignants	9/20	45 %	12/13	92,31 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	1/13	33,33 %
Caractéristiques psychosociales positives (qualités propres de l'enfant hyperactif)	Enseignants	2/20	10 %	4/6	66,67 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	2/6	33,33 %
Doutes et questionnements (liés à l'hyperactivité)	Enseignants	2/20	10 %	4/6	66,67 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	2/6	33,33 %
Problèmes d'attention et de concentration	Enseignants	3/20	15 %	3/5	60 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	2/5	40 %

Il apparaît, à l'examen du tableau 6.2.4.1, que la catégorie « Motricité et agitation » ressort majoritairement et caractérise de façon relativement homogène le groupe des enseignants et celui des autres intervenants de l'école (respectivement 60 % et 71,43 %).

Les catégories « Impact sur les intervenants et problèmes à gérer », « Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité) » ainsi que « Recherche de solutions » caractérisent plus précisément le groupe des enseignants, contrairement à celui des autres intervenants (respectivement 45 % dans les trois catégories par rapport à 14,29 %). Il semblerait donc qu'il y ait, au sein de l'ensemble de la population des intervenants, un fort consensus autour des difficultés que présentent les enfants

hyperactifs : ceux-ci étant généralement perçus comme des enfants agités et dérangeants. Synonyme de problèmes, de doutes et de nombreux questionnements, il apparaît ainsi que l'hyperactivité constitue une plus grande préoccupation pour l'ensemble des intervenants contrairement aux « Problèmes d'attention et de concentration » dont l'importance est moindre et beaucoup plus effacée dans les deux groupes (respectivement 15 % groupe enseignants et autres intervenants (14,29 %).

Enfin, les catégories « Caractéristiques psychosociales (qualités propres de l'enfant hyperactif) » et « Doutes et questionnements (liés à l'hyperactivité) » sont également moins importantes et présentent une répartition relativement uniforme suivant les deux groupes (respectivement 10 % pour les enseignants et 14,29 % autres intervenants).

6.2.5 Mot inducteur MÉDICAMENT

Associées au mot inducteur MÉDICAMENT, les réponses des intervenants ont été classées selon six catégories présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6.2.5
Catégories classées à partir du mot inducteur MÉDICAMENT et fréquence

Catégories	Mots induits caractérisant la catégorie	Fréquence	%
Importance et effets positifs du médicament	Parfois nécessaire, nécessité quelques fois, souvent nécessaire, parfois nécessaire, pour certains, c'est presque un sauveur, obligation, confort, santé, pratique dans l'immédiat, ça peut être positif pour la concentration, calme, enlever le mal, enlever toute souffrance, aider, amélioration qui apporte bien-être, construire, bâtir	20	24 %
Rejet du médicament	Restriction, j'ai des réticences face à la médication, pas trop, le moins possible, évitement, à éviter le plus possible, pas trop souvent, essayer de les éviter, dernier recours, effets secondaires, chimique, drogue, béquille quelques fois, pas pour moi, dérangements fréquents	18	22,22%
Signes et symptômes de la maladie	Médecin, maladie, souffrance, douleur, hyperactivité, soulager, soulagement, tristesse, abnégation, contagion	18	22,22 %
Remises en question et inquiétudes liées au médicament	Bien s'informer, individuel, nature (le temps), responsabilité des parents, dépendance, problème, peur, parfois inutile	12	14,81%
Type de médicament	Ritalin, pilule	7	8,64%
Médication associée à un modèle d'intervention	Psychologue, évaluation, thérapie, intervention, encadrer	6	7,1%
Total		81	100 %

L'examen du tableau 6.2.5 indique qu'il n'y a pas de position consensuelle concernant la représentation que se font les intervenants du médicament. On y retrouve des visions qui s'opposent où le médicament est soit perçu comme une « drogue » ou « un produit chimique » à éviter ou soit perçu comme une solution nécessaire, voire obligatoire dans le soulagement de la douleur ou le traitement de la maladie.

Associées à l'inducteur « Médicament », trois catégories « Importance et effets positifs du médicament », « Rejet du médicament » et « Signes et symptômes de la maladie » sont plus importantes au niveau de leurs fréquences (respectivement 20, 18 et 18).

Trois aspects caractérisent la catégorie « Importance et effets positifs du médicament »:

- son importance dans le soulagement des symptômes de la maladie. Dans ce premier cas de figure, les induits sont : confort, calme, enlever le mal, enlever toute souffrance, aider, ça peut être positif pour la concentration, amélioration qui apporte bien-être, construire, bâtir santé;
- sa nécessité : les induits montrent alors l'importance que revêt le médicament conçu comme étant nécessaire et utile : nécessité quelques fois, parfois nécessaire souvent nécessaire, pratique dans l'immédiat et finalement;
- sa nature obligatoire : dans ce cas, le médicament correspond à une solution incontournable : obligation pour certains, c'est presque un sauveur. De façon générale, et sans être forcément associés au TDA/H, ces trois aspects représentent le versant positif que revêt le médicament dans le soulagement de la souffrance et le traitement de la maladie.

À l'opposé d'une représentation centrée sur l'importance du médicament se trouve la catégorie « Rejet du médicament » (fréquence = 19), qui, dans l'appréciation de la médication semble être totalement caractérisée par une vision très négative et critique de la médication. Deux sortes d'induits se retrouvent dans cette catégorie. D'une part, le médicament correspond soit à une solution de dernier recours et à éviter (restriction, j'ai des réticences face à la médication, pas trop, le moins possible, évitement, à éviter le plus possible, pas trop souvent, essayer de les éviter, dernier recours, pas pour moi) ou, soit à une drogue à laquelle sont associés de nombreux effets secondaires ou néfastes (effets secondaires, chimique, drogue, béquille quelques fois, dérangements fréquents).

Ce jugement critique réduit ainsi considérablement la vision de la médication conçue comme une solution efficace, nécessaire, voire obligatoire. Le médicament devient ici l'objet de nombreux questionnements, une substance à éviter et de dernier recours.

La catégorie « Signes et symptômes de la maladie » (fréquence = 18) comporte de son côté les induits suivants : médecin, maladie, tristesse, abnégation, contagion, souffrance, douleur, hyperactivité, soulager, soulagement. Ces divers termes ont tous une acception très proche de la maladie et du soulagement de la maladie. Il est par ailleurs intéressant à noter qu'il s'agit de la seule catégorie où le problème de l'hyperactivité est mentionné. Non seulement l'hyperactivité est le signe d'un problème biomédical qui nécessite une intervention pharmacologie, mais elle est aussi le signe de souffrance pour laquelle une médication doit être envisagée.

En ce qui concerne la catégorie « Remises en question et inquiétudes liées au médicament », elle représente une catégorie intermédiaire en termes de fréquence (12) par rapport à l'ensemble des catégories associées à l'inducteur médicament. Comme à la catégorie « rejet du médicament », le médicament est conçu comme une solution à éviter, compte tenu des nombreux effets secondaires ou même néfastes pouvant y être associés à court ou à long terme. En d'autres mots, le médicament correspond à une solution qui fait peur et qui ne correspond pas nécessairement à une solution utile ou nécessaire. Dans cette perspective les induits correspondant à cette catégorie sont : tristesse, abnégation, contagion, bien s'informer, individuel, nature (le temps), responsabilité des parents, dépendance, problème, peur, parfois inutile.

L'effectif le plus faible est celui de la catégorie « Type de médicament » (7) suivi de très près par celui de la catégorie « Médication associée à un modèle d'intervention » (6). En ce qui concerne la catégorie « Type de médicament », les induits sont essentiellement exprimés à l'aide des termes pilule et ritalin. La présence du terme ritalin est intéressante à souligner et conduit à penser qu'il s'agit d'un mode d'intervention bien présent dans les représentations que se font les intervenants de la médication dans le traitement de l'hyperactivité et plus globalement du TDA/H.

À l'opposé, la catégorie « Médicament associé à un modèle d'intervention » regroupe des induits qui débordent amplement cette vision centrée sur la médication, introduisant des alternatives au traitement des symptômes liés à la maladie : dans ce cas-ci les induits sont psychologue, évaluation, thérapie, intervention et encadrer.

Tableau 6.2.5.1
Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur MÉDICAMENT

Catégories d'induits	Population	Part des sous-populations		Contribution à la catégorie	
		Effectif	%	Effectif	%
Importance et effets positifs du médicament	Enseignants	10/20	50 %	15/20	75 %
	Autres intervenants	4/7	57,14 %	5/20	24 %
Rejet du médicament	Enseignants	9/20	45 %	11/19	57,90 %
	Autres intervenants	4/7	57,14 %	8/19	42,11 %
Signes et symptômes de la maladie	Enseignants	11/20	55 %	16/18	88,89 %
	Autres intervenants	2/7	28,57 %	2/18	11,11 %
Remises en question et inquiétudes liées au médicament	Enseignants	6/20	30 %	10/13	76,92 %
	Autres intervenants	3/7	42,86 %	3/13	23,08 %
Type de médicament	Enseignants	4/20	20 %	4/6	66,67 %
	Autres intervenants	2/7	28,57 %	2/6	33,33 %
Médication associée à un modèle d'intervention	Enseignants	4/20	20 %	4/5	80 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	1/5	20 %

L'examen de la répartition des effectifs des catégories d'induits permet de tirer plusieurs conclusions par rapport à la contribution de chacun des deux groupes aux catégories associées au mot inducteur médicament. En premier lieu, on remarque que la catégorie « Importance et effets positifs du médicament » touche fortement et de façon relativement uniforme les deux sous-populations (respectivement 50 % des enseignants et 57,14 % des autres intervenants).

On peut aussi remarquer que le groupe des autres intervenants est davantage représenté dans la catégorie « Rejet du médicament » contrairement à celui des enseignants (57 % contre 45 %). On retrouve toutefois la situation inverse en ce qui

concerne la catégorie « Signes et symptômes de la maladie » où la contribution des autres intervenants (28,57 %) est inférieure à celle des enseignants (55 %). Lorsqu'elles sont associées au mot inducteur médicament, les catégories « Remises en questions et inquiétudes liées au médicament » et « Type de médicament » caractérisent davantage le groupe des enseignants (respectivement 42,86 % et 28,57 %) contrairement à celui des autres intervenants dont la contribution est légèrement plus faible en termes d'effectifs (30 % et 20 %).

Finalement, la catégorie « Médication associée à un modèle d'intervention » est quant à elle minoritaire dans les deux sous-populations (20 % pour les enseignants et 14,29 % pour les autres intervenants). Mais, compte tenu de la faiblesse de l'effectif en question, une distinction paraît délicate à faire étant donné que les deux groupes sont de façon générale sous-représentés dans cette catégorie.

6.2.6 Mot inducteur RITALIN

Le dernier inducteur est le mot ritalin. Cinq catégories d'induits, présentées dans le tableau ci-dessous, ont été associées à ce mot inducteur.

Tableau 6.2.6
Catégories classées à partir du mot inducteur RITALIN et fréquence

Catégories	Mots induits caractérisant la catégorie	Fréquence	%
Interrogations-traitement	Pilule, problème, médicament, thérapie, consulter beaucoup, questions, je me pose beaucoup de questions, point d'interrogation, mal informé, on n'est pas bien informé, l'information aux parents surtout par le médecin et le pharmacien, les gens ne sont pas bien informés, informations supplémentaires avant de donner une médication, lire pour savoir comment agir, difficile à faire accepter aux parents, publicité, paix, peur pourquoi il y en a de plus en plus?	21	25,93%
Solution nécessaire et bénéfique	Miracle, calme, tranquillité, remettre en forme, bonne chose pour certains élèves, se concentrer, changer, nécessité, pour faire la journée, il en a besoin, indispensable pour d'autres, bien-être, aide, amélioration, changer, repos	18	22,22 %
Symptômes associés au TDA/H	Hyperactivité, mouvement, verbomoteur, déficit d'attention, attention, instabilité, concentration, bavardage, affectif, enfant, dérangement	18	22,22 %
Usage abusif et effets secondaires (liés au Ritalin)	Exagération, drogue, danger, réticence, crainte, effets secondaires, il y en a trop, c'est assez, pas de bon sens, allez-y mollo, wouach !	15	18,52 %
Solution temporaire et de dernier recours	Plus en dernier recours, plus à bannir qu'à utiliser, à la dernière limite, béquille, aide temporaire, solution temporaire, jusqu'à ce qu'on trouve autre chose	9	11,11 %
Total		81	100 %

Associée au ritalin, la catégorie « Interrogations-traitement » est celle dont la fréquence est la plus importante en termes de fréquence (21). Elle reflète les nombreux questionnements liés à l'usage du ritalin dans le traitement du TDA/H que l'on peut subdiviser en deux sous-catégories :

- la première, plus importante, correspond aux différentes interrogations et remise en question des intervenants à propos du ritalin. Les induits sont : consulter beaucoup, questions, je me pose beaucoup de questions, point d'interrogation, mal informé, on n'est pas bien informé, l'information aux parents surtout par le médecin et le pharmacien, les gens ne sont pas bien informés, informations supplémentaires avant de donner une médication, lire pour savoir comment agir, difficile à faire accepter aux parents.
- la seconde sous-catégorie, moins considérable, correspond également aux divers questionnements des intervenants, mais dans ce cas-ci, le ritalin est associé à une « pilule » qui fait « peur » et dont le taux d'augmentation croissant de son usage auprès des jeunes est remis en question. En tel cas, les induits sont : pilule, problème, médicament, thérapie publicité, paix, peur, pourquoi il y en a de plus en plus?

Deux catégories ont la même fréquence, soit le ritalin conçu comme une « Solution nécessaire et bénéfique » (18) et les « Symptômes liés au TDA/H » (18). En ce qui concerne la première, le ritalin est associé à une solution efficace, nécessaire, voire incontournable, dans le traitement du TDA/H pour permettre aux enfants de mieux fonctionner. Les induits sont : calmes, tranquillité, remettre en forme, bonne chose pour certains élèves, se concentrer, changer, nécessité, pour faire la journée, il en a besoin, indispensable pour d'autres, bien-être, aide, amélioration, changer, repos, miracle.

Quant à la catégorie « Symptômes liés au TDA/H », tous les induits mentionnés reflètent directement ou indirectement les divers symptômes que l'on retrouve dans les critères diagnostiques associés au TDA/H : hyperactivité, mouvement, verbomoteur, déficit d'attention, attention, instabilité, concentration, bavardage, affectif, enfant, dérangement. La signification de cette catégorie est unilatérale et sans ambiguïté : les

différents symptômes d'hyperactivité, d'instabilité ou d'inattention marquent encore une fois les problèmes que les intervenants associent spontanément au TDA/H, mais aussi à l'importance que revêt le ritalin dans le traitement de ce trouble particulier.

La catégorie suivante « Usage abusif et effets secondaires » est associée 15 fois à l'inducteur Ritalin. Elle regroupe des induits soit centrés sur les effets secondaires, nocifs ou néfastes du ritalin (drogue, danger, réticence, crainte, effets secondaires), soit liés aux cas d'abus possibles liés à sa consommation (exagération, il y en a trop, c'est assez, pas de bon sens, allez-y mollo, wouach !).

Enfin, la catégorie « Solution temporaire et de dernier recours » est la moins représentée en termes de fréquence (9). Elle regroupe différents induits associant le ritalin à une solution temporaire et à court terme : plus en dernier recours, plus à bannir qu'à utiliser, à la dernière limite, béquille, aide temporaire, solution temporaire, jusqu'à ce qu'on trouve autre chose.

Ainsi, le caractère ambivalent que revêt le ritalin est encore une fois réaffirmé dans l'ensemble des réponses des intervenants : s'il s'agit d'une solution considérée comme nécessaire et efficace à court terme, le ritalin est aussi perçu comme une substance à éviter compte tenu de ses nombreux effets secondaires et néfastes à long terme sur le développement des enfants. Mais, contrairement aux résultats des entretiens, force est de constater que les interventions psychosociales, les interventions éducatives ou les modes d'intervention alternatifs à la médication sont absents des discours et ne sont pas mentionnés ici de façon spontanée. On peut donc affirmer que les associations de mots, à partir du mot inducteur ritalin, apportent ainsi des résultats nouveaux à ceux déjà révélés par l'analyse des entrevues : la force que revêt la représentation de la médication dans le traitement du TDA/H.

Tableau 6.2.6.1

Contribution des groupes aux catégories associées au mot inducteur RITALIN

Catégories d'induits	Population	Part des sous-populations		Contribution à la catégorie	
		Effectif	%	Effectif	%
Interrogations-traitement	Enseignants	10/20	50 %	14/20	70 %
	Autres intervenants	5/7	71,43 %	6/20	30 %
Solution nécessaire et bénéfique	Enseignants	10/20	50 %	14/18	77,78 %
	Autres intervenants	3/7	42,86 %	4/18	22,22 %
Symptômes liés au TDA/H	Enseignants	11/20	55 %	17/18	94,44 %
	Autres intervenants	1/7	14,29 %	1/18	5,56 %
Usage abusif et effets secondaires (liés au Ritalin)	Enseignants	6/20	30 %	11/15	73,33 %
	Autres intervenants	3/7	42,86 %	4/15	26,67 %
Solution temporaire et de dernier recours	Enseignants	4/20	20 %	5/10	50 %
	Autres intervenants	3/7	42,86 %	5/10	50 %

Associée au mot inducteur Ritalin, la catégorie « Interrogations-traitement » concerne les deux groupes pour plus de la moitié de leurs effectifs respectifs. Cependant, elle caractérise davantage le groupe des enseignants (71,43 %), contrairement à celui des autres intervenants (50 %).

La catégorie « Solution nécessaire et bénéfique » caractérise également de façon relativement uniforme les deux groupes (50 % enseignants et 42,86 % autres intervenants) et semble jouer un rôle important dans la représentation que se font les uns et les autres du ritalin. Quant à la catégorie « Symptômes liés au TDA/H », elle est majoritairement représentée dans le groupe des enseignants (55 %), contrairement à celui des autres intervenants (14,29 %). Finalement, les deux dernières catégories, soit « Usage abusif et effets secondaires » (30 % contre 42,86 %) et « Solution temporaire et de dernier recours » (20 % contre 42,86 %) caractérisent davantage le groupe des autres intervenants contrairement à celui des enseignants où leur contribution reste plus faible et moins importante.

De façon générale, on peut donc conclure que les associations de mots réalisées à partir du mot inducteur RITALIN rappellent les préoccupations des intervenants déjà mises en évidence lors des entretiens à propos de l'usage de la médication psychotimulante et de son importance dans le traitement du TDA/H : si les intervenants reconnaissent les bienfaits du ritalin, ils insistent également sur le fait qu'il s'agit d'une solution de dernier recours, qui ne peut être envisagée à long terme et même à éviter compte tenu des nombreux effets secondaires et néfastes pouvant y être associés.

Résumé-synthèse : Analyse descriptive des réponses
des groupes d'intervenants par inducteur

Cette analyse des associations obtenue à partir des six mots inducteurs : ENFANT, RÔLE DE L'ÉCOLE, DISCIPLINE, HYPERACTIVITÉ, MÉDICAMENT et RITALIN permettent de préciser le contenu des représentations, mais aussi de dégager un premier niveau de structuration des représentations en fonction des deux groupes d'intervenants. Elle permet également de montrer que les représentations des uns et des autres, sans s'opposer, laissent place à des écarts qui sous-tendent des différences suivant les préoccupations professionnelles qui prévalent dans chacun des groupes.

L'analyse qui a été faite à partir, par exemple, du mot inducteur ENFANT, apporte des éléments nouveaux de ceux qui sont révélés par l'analyse des entrevues en montrant que les représentations sont largement teintées par l'apparition d'une vision plutôt positive de l'enfant qui à la limite renvoie à l'image de l'enfant « idéalisé ». Certaines différences suivant les groupes semblent toutefois nuancer cette vision de l'enfant, le groupe des autres intervenants étant davantage partagé entre les aspects positifs associés à la période de l'enfance (beauté de l'enfant, sa spontanéité, sa pureté, sa joie de vivre, sentiment de bonheur associé à l'enfant, etc.) et les aspects plus négatifs associés aux divers problèmes que présentent certains élèves dans le cadre scolaire contrairement au groupe des enseignants qui semblent davantage être marqués par cette vision positive de l'enfant. Cette idée de « l'enfant idéalisé » n'est pas une vision rare et ancienne, mais au contraire est assez répandue maintenant dans l'imagerie populaire et le milieu éducatif concernant les représentations que se font les adultes des caractéristiques de l'enfant et plus globalement de l'enfance (Verquerre, 1989). Cet enfant idéal pour le système scolaire le plus traditionnel, comme le soulèvent les travaux de Piaser (1999), respecterait scrupuleusement la discipline de l'école, serait avide des savoirs scolaires et les préférerait à toutes les autres activités, ne s'exprimerait qu'après avoir été sollicité, mais serait néanmoins capable d'une certaine autonomie, etc. Le portrait-type ne peut être complètement achevé puisqu'il est étroitement rattaché au portrait d'un enfant « totalement désincarné », d'un élève à la limite presque

« mythique », « sans problème », que personne n'a rencontré. En d'autres mots, on peut donc penser que cette représentation de l'enfant idéal s'oppose clairement à celle de l'enfant hyperactif, cet enfant qui au contraire « pose problème » en présentant des difficultés sur le plan de son développement personnel (ne se contrôle pas, faible estime de soi, excessif, perturbateur, etc.), académique ou social.

Cette opposition ressort aussi clairement dans l'analyse réalisée à partir des mots inducteurs DISCIPLINE et HYPERACTIVITÉ et qui laisse transparaître une représentation beaucoup plus négative et critique à propos des difficultés que présentent les enfants hyperactifs dans le cadre scolaire. Mais cette représentation semble toutefois s'articuler différemment suivant les spécificités et les préoccupations relatives aux deux groupes de notre population. En effet, si la question de la discipline reste une dimension importante pour l'ensemble des intervenants de l'école que nous avons interrogés, le groupe des enseignants se distingue nettement de celui des autres intervenants de l'école en soulignant plutôt l'importance que revêtent l'encadrement et la rigueur dans les modes d'intervention à mettre en place auprès des élèves présentant des problèmes d'hyperactivité ou d'adaptation dans le milieu scolaire. Il apparaît ainsi que pour les enseignants, cette question de la « rigueur » associée à la discipline est centrale comme les résultats des entretiens ont d'ailleurs déjà permis de mettre en évidence, en particulier lorsqu'il est question d'intervenir auprès des élèves présentant des conduites inappropriées en classe ou qui ne réussissent pas à terminer leurs tâches scolaires, comme c'est généralement le cas des élèves hyperactifs. Ainsi, il semble bien que l'HYPERACTIVITÉ constitue une problématique particulièrement préoccupante, notamment pour les enseignants, qui ont à trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans le cadre de leurs activités professionnelles et en particulier au niveau de la gestion de classe.

L'analyse réalisée à partir du mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE confirme cette préoccupation et montre que cette question de l'hyperactivité ne peut être considérée indépendamment des représentations que se font les uns et les autres de leur mission éducative auprès des jeunes dans le cadre scolaire. Tantôt déterminée par une volonté d'influencer, d'éduquer, d'orienter (associée à la catégorie « Actions éducatives », tantôt

déterminée par une volonté d'enseigner, de former, de faire apprendre, d'aider et de soutenir (associés à la catégorie « Actions d'enseignement »), il ne fait aucun doute que les associations de mots, contrairement aux résultats des entretiens, révèlent la force du discours institutionnel promouvant le fait que l'école obligatoire doit poursuivre, dans le cadre de sa mission, trois visées, soit celles de l'instruction, de la socialisation, et de la qualification (MEQ, 1997). Ainsi, tout semble se passer comme si les intervenants sont continuellement partagés entre leur désir de répondre de façon appropriée à leur mission éducative et la nécessité d'adapter leur approche pour soutenir et réorienter les conduites inappropriées des élèves hyperactifs qui perturbent le fonctionnement et la dynamique de la classe.

Enfin, nos analyses laissent aussi entrevoir que la problématique de l'hyperactivité ne peut être considérée indépendamment des représentations que se font également les uns et les autres du MÉDICAMENT et notamment du RITALIN. Ce lien était déjà sous-jacent dans les entrevues, mais son importance est soulignée et illustrée par les résultats obtenus à l'aide de la technique associative. Ces résultats précisent ainsi l'ambivalence du rapport au médicament et plus précisément au ritalin où deux visions, l'une positive, l'autre négative s'affrontent continuellement dans les discours des deux groupes d'intervenants. Si le recours au ritalin est à la fois synonyme d'une solution utile et nécessaire, mais aussi la source de nombreux questionnements et de remises en question, il apparaît toutefois que le groupe des enseignants est d'abord caractérisé par les liens qu'ils établissent entre les symptômes du TDA/H et la médication contrairement au groupe des autres intervenants qui semble davantage préoccupés par les effets secondaires associés au ritalin, les cas d'abus possible et les problèmes de « surconsommation » de ce médicament particulier chez les jeunes d'âge scolaire.

Toute la réflexion précédente suggère ainsi que, non seulement l'analyse réalisée à partir des six mots inducteurs permet de mieux saisir la façon dont s'articulent les représentations associées à chacun de ces mots, mais aussi d'en saisir les fluctuations d'un groupe à l'autre. Mais d'ores et déjà, il apparaît que ces six mots inducteurs ne sont pas des éléments isolés les uns des autres, mais qu'ils semblent, au contraire, reliés entre eux par un mode d'organisation commune aux deux groupes pour certains inducteurs et

une nette différenciation pour d'autres qui semblent s'établir en fonction de leurs intérêts et de leurs préoccupations professionnelles concernant la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante. La partie suivante vise à explorer ce mode d'organisation en approfondissant l'analyse, mais cette fois-ci, sous l'angle d'une technique spécifique utilisée dans le champ des représentations sociales, soit la technique de la fréquence et du rang d'apparition des mots induits que nous avons déjà présentés dans le chapitre de la méthodologie afin de pouvoir préciser la manière dont « s'organisent » et se « structurent » ces différents éléments.

6.3 Troisième niveau d'analyse des associations de mots : analyse de la « prototypicalité » de la représentation sociale

Les analyses précédentes des associations de mots réalisées à partir des six mots inducteurs (ENFANT, RÔLE DE L'ÉCOLE, DISCIPLINE, HYPERACTIVITÉ, MÉDICAMENT, RITALIN) ont permis de dégager un premier niveau de caractérisation des groupes d'intervenants de l'école. Les représentations de ces mots inducteurs sont aussi analysées à l'aide de la technique de distribution Rang/Fréquence afin de préciser les modes d'organisation et de structuration de celles-ci suivant les groupes.

Même si cette technique a été utilisée à l'origine dans la perspective du noyau central (Vergès, 2002, 2004), elle ne se limite pas à ce seul cadre comme nous le montrait le chapitre de la méthodologie, car elle s'avère particulièrement riche lorsqu'il s'agit de repérer les éléments les plus « saillants », ou « significatifs » (Abric, 2003; Moliner et coll., 2002) de la représentation sociale. Ainsi, cette technique n'est pas utilisée dans la présente étude dans la perspective structuraliste du noyau central, mais plutôt pour examiner comment différents éléments de la représentation se hiérarchisent en fonction des deux groupes d'intervenants de l'école.

Dans cette optique, la démarche qui a été suivie pour chaque mot inducteur est celle préconisée par plusieurs chercheurs (Vergès, 1992; 1994; Moliner et coll., 2002, Abric, 2002, Flament et Rouquette, 2003) et qui consiste à faire correspondre à chaque catégorie d'induits, issue de la catégorisation mise en évidence dans la section précédente, sa fréquence d'apparition et son rang moyen d'émission (mots induits énoncés en premier, en second ou en troisième) dans la séquence de production continuée (rang moyen calculé à partir des rangs des diverses occurrences sur l'ensemble de la population). Ces catégories d'induits sont ensuite distribuées en deux classes (fréquence élevée, fréquence faible), de part et d'autre de la fréquence médiane. La même démarche est appliquée pour les rangs de réponses (rang élevé, rang petit). Le croisement du rang ainsi que la fréquence d'apparition conduit ainsi à un tableau à quatre cases pour chaque mot inducteur croisant ainsi la fréquence d'apparition avec le rang des induits. Le croisement de ces deux critères permet de déterminer le mode d'organisation et la saillance des différents éléments de la représentation. Ainsi, selon

Vergès (1992, 1994), les catégories situées dans la première case en haut à gauche regroupent les éléments qui sont les plus saillants et significatifs de la représentation sociale, éléments qui constituent probablement la zone centrale de la représentation. La case 4, à l'inverse, refléterait plutôt les éléments de la zone périphérique de la représentation sociale. Les deux autres cases (case 2 et 3) donnent des informations ambiguës et contradictoires, car la fréquence est élevée avec le rang d'émission élevé, ou le rang est faible avec la fréquence faible également, ce qui revient à indiquer que la saillance est forte sur l'un des critères et faible sur l'autre. Il s'agit alors, selon Vergès (1994), de « zones potentielles » de la périphérie, c'est-à-dire des zones potentiellement instables, sources de changement possible de la représentation (Moliner et coll., 2002).

6.3.1 Mot inducteur ENFANT

À la lecture du tableau 6.3.1, il apparaît que la représentation sociale de l'ENFANT (voir tableau 6.3.1) semble se structurer essentiellement dans le groupe des enseignants, autour de la catégorie « Bonheur-amour » du fait qu'il s'agit de la catégorie la plus significative parce qu'elle est située dans la case au croisement des deux critères (case 1 : fréquence élevée, $F = 19$ et rang d'apparition petit, $R = 1,95$). Contrairement au groupe des enseignants, on remarque que la représentation de l'enfant se structure dans le groupe des autres intervenants de l'école, non pas autour des sentiments de bonheur et d'amour que suscite spontanément l'image de l'enfant, mais plutôt autour de l'image de l'enfant idéalisé (case 1 : fréquence élevée, $F = 9$ et rang petit $R = 1,89$) et des problèmes que peuvent présenter certains jeunes dans le cadre scolaire (case 1 : fréquence élevée $F = 5$ et rang petit $R = 2$). Il semble donc que le groupe des autres intervenants de l'école affiche davantage une vision très partagée entre l'image de l'enfant idéal et l'importance de la prise en charge des élèves présentant des difficultés dans le cadre scolaire contrairement au groupe des enseignants (la catégorie Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif apparaissant dans la case 4 : fréquence faible, $F = 3$ et rang d'apparition élevé, $R = 1,83$) dont la représentation de l'enfant suscite davantage des sentiments positifs, d'amour et de joie centrés sur le bonheur, le bien-être de l'enfant et les aspects positifs associés à la période de l'enfance (la beauté de l'enfant, sa spontanéité, sa joie de vivre, etc.). Cette vision positive de l'enfant qui était déjà

présente dans l'analyse précédente se voit ici réaffirmée dans le groupe des enseignants à travers l'image de « l'Enfance idéalisée » (case 2 : fréquence élevée, $F = 24$ et rang d'apparition élevé, $R = 2,13$), mais ici de façon moins significative que dans le groupe des non-enseignants.

Tableau 6.3.1
Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur ENFANT

Groupe enseignants			Autres intervenants de l'école		
	Rang petit ≤ 1.9	Rang élevé ≥ 2.0		Rang petit ≤ 2.1	Rang élevé ≥ 2.2
Fréquence élevée ≥ 15	Bonheur - amour (F : 19; R : 1,95)	Enfance idéalisée (F 24; R : 2,13)	Fréquence élevée ≥ 5	Enfance idéalisée (F : 9; R : 1,89) Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif (F 5; R : 2)	
Fréquence faible ≤ 14	Aspects ludiques (F : 12; R : 1,83)	Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif (F 5; R : 2)	Fréquence faible ≤ 4	Bonheur- Amour (F : 3; R : 1,67)	Aspects ludiques (F : 3; R : 3)

Moins prégnants, on retrouve finalement dans la zone périphérique les « Aspects ludiques liés à l'enfant » (case 3 : fréquence faible , $F=12$ et rang d'apparition petit $R= :1,83$) qui introduisent l'aspect de jeu et l'importance que le groupe des enseignants attribue aux activités ludiques de la période de l'enfance contrairement à celui des autres intervenants compte tenu de la présence de cette catégorie dans la dernière case du tableau (case 4 : fréquence faible $F=3$ et rang élevé $R= 3$).

6.3.2 Mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE

La représentation du RÔLE DE L'ÉCOLE se structure de la même façon dans les deux groupes autour de deux catégories, soit celles associées aux « Actions éducatives » et aux « Actions d'enseignement ». Compte tenu de la position de ces deux catégories dans la première case du tableau, on peut donc penser qu'elles constituent des éléments centraux de la représentation de l'éducation ou de l'enseignement des différentes tâches que les uns et les autres ont à assumer auprès des élèves dans le cadre scolaire.

Par ailleurs, des différences importantes apparaissent entre les deux groupes au niveau de la répartition des autres catégories dans les zones périphériques de la représentation sociale, soit dans les trois autres cases du tableau, révélant des différences entre le groupe des enseignants et celui des autres intervenants dans le mode de structuration de la représentation du rôle de l'école. L'effet de la professionnalisation sensible par les éléments moins centraux est donc réel, et semble être modulé en fonction des exigences du contexte et des niveaux différents d'engagement et d'implication professionnelle. Par exemple, en ce qui concerne le groupe des enseignants, on note que la catégorie « Accompagnement-aide-soutien » apparaît dans la seconde case du tableau (case 2 : fréquence élevée, $F = 3$ et rang élevé $R = 2,2$), contrairement au groupe des autres intervenants où elle est projetée dans la troisième case (case 3 : fréquence faible $F = 2$ et rang petit $R = 2,2$). Par ailleurs, les catégories « Socialisation » (case 3 : fréquence faible $F = 5$ et rang petit $R = 1,8$) et « relations école-famille-société » (case 3 : fréquence faible $F = 7$ et rang petit $R = 2,14$) dont la fréquence d'apparition des induits est faible et le rang d'apparition petit figurent dans la troisième case du tableau.

Deux catégories situées à la périphérie distinguent également le groupe des autres intervenants de celui des enseignants. Il s'agit de la catégorie « Socialisation » figurant dans la seconde case (case 2 : fréquence élevée $F = 5$ et rang élevé $R = 2,14$) du tableau et de la catégorie « École-famille-société » figurant dans la dernière case (case 4 : fréquence faible $F = 5$ et rang élevé $R = 3$). Ce dernier constat corrobore les résultats des analyses précédentes en montrant que les différentes questions relatives à la

collaboration entre la famille et l'école dans le suivi des élèves relèvent davantage des préoccupations exprimées par les enseignants contrairement aux autres intervenants de l'école.

Tableau 6.3.2

Répartition des catégories de mots induits associés
au mot inducteur RÔLE DE L'ÉCOLE

	Enseignants		Autres intervenants de l'école		
	Rang petit ≤ 2.1	Rang élevé ≥ 2.2		Rang petit ≤ 2.1	Rang élevé ≥ 2.2
Fréquence élevée ≥ 10	Actions éducatives (F : 25; R : 1,88) Actions d'ensei- gnement (F : 12; R : 2)	Accom- pagnement- Aide-Soutien (F : 10; R : 2.2)	Fré- quence élevée ≥ 4	Actions éducatives (F : 7; R : 1,86) Actions d'enseignement (F : 5; R : 1.8)	So- cialisation (F : 5; 2.4)
Fréquence faible ≤ 9	Socialisation (F : 5; R : 1.8) Relation école- famille-société (F : 7; R : 2.14)		Fré- quence faible ≤ 3	Accom- pagnement aide-soutien (F : 2; R : 2)	Relation école- famille- société (F : 1 : R : 3)

6.3.3 Mot inducteur DISCIPLINE

En ce qui concerne le mot inducteur DISCIPLINE (voir tableau 6.3.3), les différences les plus significatives se situent au niveau de la catégorie « Rigueur, limites, encadrement », laquelle semble constituer un élément central dans la représentation que se fait le groupe des enseignants de l'importance de la discipline (case 1 : fréquence élevée F = 15 et rang petit R = 1,75), contrairement à la catégorie « Nature et bénéfices de la discipline » qui caractérise davantage le groupe des autres intervenants de l'école (case 1 : fréquence élevée F : 15, et rang petit R : 1,75). Ainsi, la question de la rigueur marque davantage le groupe des enseignants que le groupe des autres intervenants de l'école. Elle symbolise le versant plus « strict » et « rigide » de la discipline » en faisant

intervenir encore une fois les nombreuses préoccupations des enseignantes lorsqu'il s'agit d'encadrer, d'imposer des limites ou des règles de conduite bien définies aux élèves présentant des difficultés d'adaptation scolaire et notamment un TDA/H. On peut donc conclure que pour les autres intervenants de l'école, contrairement aux enseignantes, les bénéfices et les conséquences positives de la discipline dans le processus de prise en charge des élèves qui présentent des symptômes associés au TDA/H prennent le pas sur l'importance des limites à imposer à ces mêmes élèves, la catégorie « Rigueur, limites, encadrement » étant située dans la dernière case du tableau (case 4 : fréquence faible F : 5; et rang élevé R : 2,2).

En ce qui concerne le groupe des enseignants, la représentation de la discipline se précise ensuite dans la seconde case du tableau par une vision plutôt fonctionnelle qui s'articule autour des catégories « Régulation de la discipline » et « Nature et bénéfices de la discipline ». Dans une certaine mesure, on peut donc dire que cette vision de la discipline reflète fidèlement les nombreuses préoccupations des enseignants par rapport à l'importance de la discipline et à ses bénéfices pour le développement et le bon fonctionnement des élèves en difficulté dans le milieu scolaire, mais aussi, l'importance que revêtent les conditions de base jugées favorables et nécessaires pour assurer toute forme de discipline dans la relation « élève-enseignant ».

Tableau 6.3.3
Répartition des catégories des mots induits associés au mot inducteur DISCIPLINE

Groupe enseignant			Autres intervenants de l'école		
	Rang petit $\leq 2,0$	Rang élevé $\geq 2,1$		Rang petit $\leq 1,8$	Rang élevé $\geq 1,9$
Fréquence élevée ≥ 15	Rigueur, limites, encadrement (F : 20; R : 1,75)	Régulation de la discipline (F : 16; R : 2,06) Nature et bénéfiques de la discipline (F : 15; R : 2,33)	Fréquence élevée $\geq 5,2$	Nature et bénéfiques de la discipline (F : 15; R : 1,75)	Régulation de la discipline (F : 7; R : 2,29)
Fréquence faible ≤ 14	Acteurs de la discipline (F : 9; R : 1,89)		Fréquence faible $\leq 5,1$	Acteurs de la discipline (F : 1; R : 1)	Rigueur, limites, encadrement (F : 5; R : 2,2)

Cette représentation est importante du point de vue du nombre d'occurrences des mots induits, mais elle est toutefois seconde contrairement au groupe des autres intervenants sur le plan de la fréquence et du rang d'apparition des mots induits dans ces deux catégories (case 2 : case 1 : fréquence élevée F : 13 et rang élevé R : 1,75; fréquence élevée F : 15; et rang élevé R : 2,33).

La catégorie « Acteurs de la discipline » qui concerne les différents acteurs qui peuvent agir soit dans le milieu scolaire ou dans le milieu familial au niveau de la régulation de la discipline (parents, enseignants, école, milieu familial, le groupe), constitue un élément de la représentation qui se situe plutôt à la périphérie pour le groupe des enseignants (case 3 : fréquence faible F : 9 et rang petit R : 1,89) et celui des autres intervenants de l'école (case 3 : fréquence faible F : 1 et rang petit R : 1). On peut donc conclure que cette catégorie occupe une place beaucoup moins significative dans le champ représentationnel associé à la question de la discipline contrairement aux autres catégories.

6.3.4 Mot inducteur HYPERACTIVITÉ

La « Recherche de solutions » dans les modes d'intervention privilégiés auprès des enfants hyperactifs occupe une place centrale (voir tableau 6.3.4) dans la représentation que se fait le groupe des enseignants de l'hyperactivité (case 1 : fréquence élevée F : 11, et rang petit R : 1,82). À l'inverse du groupe des enseignants, les éléments centraux de la représentation de l'hyperactivité s'organisent principalement dans le groupe des autres intervenants, autour de trois catégories apparaissant dans la première case du tableau, soit celle liée aux problèmes de « Motricité et d'agitation » (Case 1 : fréquence élevée F : 8, et rang petit R : 1,75), « Les difficultés psychosociales et relationnelles » que présentent les enfants hyperactifs » (case 1 : fréquence élevée F : 3, et rang petit R : 2,0) et l' « Impact sur les intervenants et les problèmes à gérer » (case 1 : fréquence élevée F : 3, et rang petit R : 2). Ainsi, la recherche de solutions efficaces qu'elle soit associée à la médication ou à d'autres approches alternatives à la médication (thérapie, interventions en classe, etc.) semble davantage caractériser les enseignants contrairement aux autres intervenants qui semblent plus préoccupés par les différents problèmes et les nombreux défis à relever pour gérer de façon efficace les enfants hyperactifs dans le cadre scolaire. Les représentations de l'hyperactivité semblent donc être ici clairement modulées, encore une fois, en fonction des préoccupations professionnelles et du rôle spécifique des intervenants dans leurs modes d'intervention auprès des élèves présentant de l'hyperactivité dans le cadre scolaire.

Tableau 6.3.4
Répartition des catégories des mots induits associés
au mot inducteur HYPERACTIVITÉ

Enseignants			Autres intervenants de l'école		
	Rang petit ≤ 2,0	Rang élevé ≥ 2,1		Rang petit ≤ 2,1	Rang élevé ≥ 2,2
Fréquence élevée ≥ 8,6	Recherche de solutions et modalités d'intervention (F : 11; R : 1,82)	-Motricité et agitation (F : 16; R : 2,13) Impact sur les intervenants et problèmes à gérer (F12; R : 2,08) Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité (F : 10; R : 2,1)	Fréquence élevée ≥ 3	Motricité et agitation (F : 8; R : 1,75) Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité (F : 3; R : 2) Impact sur les intervenants et problèmes à gérer (F3; R : 1,67)	
Fréquence faible ≤ 8,5	Problèmes d'attention et de concentration (F : 3; R : 1,33) Caractéristiques Psychosociales positives (de l'hyperactivité) (F : 4; R : 2) Doutes et questionnements liés à l'hyperactivité (F : 4; R : 2)		Fréquence faible ≤ 2	Caractéristiques Psychosociales positive (de l'hyperactivité) (F : 2; R : 2) Doutes et questionnements liés à l'hyperactivité (F : 2; R : 2)	Problèmes d'attention et de concentration (F : 2; R : 2,5) Recherche de solutions et modalités d'intervention (F : 1; R : 3)

Deux catégories « Caractéristiques psychosociales positives de l'hyperactivité » et « Doutes et questionnements liés à l'hyperactivité » révèlent un mode de structuration

des représentations de l'hyperactivité commune aux deux groupes en étant situées dans la troisième case du tableau. Ainsi, non seulement la représentation de l'hyperactivité et en l'occurrence de l'élève hyperactif renvoie à l'image d'un enfant intelligent, mais il suscite également de nombreux questionnements exprimés par les uns et les autres comme les analyses précédentes ont permis de mettre en évidence.

6.3.5 Mot inducteur MÉDICAMENT

La représentation du médicament dans le groupe des enseignants s'articule principalement (voir tableau 6.3.5) autour de la catégorie « Signes et symptômes de la maladie » (case 1 : fréquence élevée F : 17, et rang petit R : 1,88). On peut donc penser que cette catégorie qui est étroitement associée à la maladie (hyperactivité, médecin, maladie, etc.) et au soulagement de la maladie (souffrance, douleur, soulager, etc.) constitue un élément central de la représentation que se font globalement les enseignantes du médicament au contraire des autres intervenants de l'école dont la représentation s'articule principalement autour de l'importance du médicament et de ses effets positifs (case 1 : fréquence élevée F : 8, et rang petit R : 2,25) dans le traitement de la maladie. Cette importance confirme ainsi la position centrale qu'occupe le médicament dans le groupe des autres intervenants de l'école mise en évidence dans les résultats des analyses précédentes.

Cette vision du médicament centrée sur les signes et symptômes de la maladie se prolonge ensuite dans la seconde case du tableau, à travers une représentation largement partagée dans le groupe des enseignants entre une vision très négative et critique du médicament (case 2 : « Rejet du médicament », fréquence élevée F : 11, et rang élevé R : 2,1) et l'importance que revêt le médicament et ses effets positifs dans le traitement et le soulagement de la maladie (case 2 : fréquence élevée F : 15, et rang élevé R : 2,1) par rapport à celui des autres intervenants qui affiche une vision beaucoup plus critique et négative associée exclusivement à une certaine forme de rejet du médicament (case 2 : fréquence élevée F : 15, et rang élevé R : 2,5).

Tableau 6.3.5
Répartition des catégories des mots induits associés
au mot inducteur MÉDICAMENT

Groupe enseignant			Autres intervenants de l'école		
	Rang petit ≤ 2,0	Rang élevé ≥ 2,1		Rang petit ≤ 1,8	Rang élevé ≥ 1,9
Fréquence élevée ≥ 10	Signes et symptômes de la maladie (F : 17; R : 1,88)	Rejet du médicament (F : 11; R : 2,1) Importance et effets positifs du médicament (F : 15; R : 2,1)	Fréquence Élevée ≥ 3,3	Importance et effets positifs du médicament (F : 5; R : 1,6)	Rejet du médicament (F : 8; R : 2,25)
Fréquence faible ≤ 9	Type de médicament (F : 5; R : 2) Remise en question et inquiétudes liées au médicament (F : 8; R : 2) Médication associée à un modèle d'intervention (F : 4 : 1; R : 2)		Fréquence faible ≤ 3,2	Médication associée à un modèle d'intervention (F : 1; R : 1)	Type de médicament (F : 2; R : 2) Signes et symptômes de la maladie (F : 2; R : 2) Remise en question et inquiétudes liées au médicament (F : 2 R : 2)

Comme pour le groupe des enseignants, celui des autres intervenants affiche une vision très négative du médicament dans la seconde case du tableau témoignant ainsi du rapport très critique qu'entretiennent les uns et les autres au médicament.

Apparaissent finalement dans les deux autres zones périphériques (cases 3 et 4), trois catégories (« Type de médicament », « Remise en question et inquiétudes liées au médicament » et « Médication associée à un modèle d'intervention ») qui viennent préciser, d'une part, le rapport très ambigu qu'entretiennent les enseignantes ainsi que le groupe des autres intervenants de l'école au médicament, mais aussi les nombreux

questionnements qu'il suscite chez les uns et les autres. Ainsi, comme on l'avait déjà observé à propos des catégories apparaissant dans les deux premières cases du tableau, deux types de rapport au médicament prédominent dans l'ensemble du discours : le médicament perçu comme important et nécessaire, mais aussi source de nombreuses questions et inquiétudes dans le traitement des symptômes liés à la maladie et notamment ceux associés au TDA/H .

6.3.6 Mot inducteur RITALIN

La représentation du RITALIN (voir le tableau 6.3.6) se structure principalement dans le groupe des enseignants autour des catégories « Solution nécessaire et bénéfique » (case 1 : fréquence élevée F : 17; et rang petit R : 2) et « Symptômes liés au TDA/H » (case 1 : fréquence élevée F : 14; et rang petit R : 1,64).

À cette vision plutôt positive du ritalin s'ajoutent également, dans la seconde case du tableau, de nombreuses interrogations liées au bien-fondé de la médication dans le traitement du TDA/H (case 2 : fréquence élevée F : 14; et rang élevé R : 2,1). Il semble bien, comme les résultats des analyses précédentes le laissent déjà présager, que même si le ritalin est conçu comme une solution bénéfique et nécessaire dans certains cas, il suscite également de nombreux questionnements chez les enseignantes.

Cette vision ambivalente et plutôt critique de la médication chez les enseignantes se voit également réaffirmée par la présence de deux autres catégories « Usage abusif et effets secondaires du Ritalin » (case 4 : fréquence faible, F = 19 et rang élevé , R = 2,3) et « Solution temporaire et de dernier recours » (case 4 : fréquence faible, F = 5 et rang élevé, R = 2,2) dans la dernière case du tableau.

Tableau 6.3.6
Répartition des catégories des mots induits liés au mot inducteur RITALIN

Enseignants			Autres intervenants de l'école		
	Rang petit $\leq 2,0$	Rang élevé $\geq 2,1$		Rang petit $\leq 1,8$	Rang élevé $\geq 1,9$
Fréquence élevée ≥ 12	Symptômes liés au TDA/H (F : 17; R : 2) Solution nécessaire et bénéfique (F : 14; R : 1,64)	Interrogations traitement (F : 14; R : 2,1)	Fréquence Élevée ≥ 4	Solution nécessaire et bénéfique (F : 4; R : 1,75)	Interrogations traitement (F : 6; R : 2) Usage abusif et effets secondaires du ritalin (F : 5; R : 2,2) Solution temporaire et de dernier recours (F : 4; R : 2,25)
Fréquence faible ≤ 11		Usage abusif et effets secondaires du ritalin (F : 10; R : 2,3) Solution temporaire et de dernier recours (F : 5; R : 2,2)	Fréquence faible ≤ 3	Symptômes liés au TDA/H (F : 1; R : 1)	

Contrairement au groupe des enseignants, celui des autres intervenants présente une répartition très différente des catégories associées au RITALIN dans les quatre cases du tableau, ce qui témoigne d'un mode de structuration différent des éléments (centraux et périphériques) de la représentation suivant les groupes.

On remarque en effet que la représentation des autres intervenants se structure principalement autour de la catégorie « Solution nécessaire et bénéfique du Ritalin »

(case 1: fréquence élevée, $F = 4$ et rang petit, $R = 1,75$) dans le traitement du TDA/H. Cette représentation se précise dans la seconde case du tableau à travers une vision beaucoup plus éclatée et critique du Ritalin contrairement aux enseignants avec les catégories « Interrogations-traitement » (case 2 : fréquence élevée, $F = 6$ et rang élevé, $R = 2$), « Usage abusif et effets secondaires du Ritalin » (case 2 : fréquence élevée, $F = 5$ et rang élevé, $R = 2,2$) et « Solution temporaire et de dernier recours » (case 2 : fréquence élevée, $F = 4$ et rang élevé, $R = 2,25$).

Finalement, la catégorie « Symptômes liés au TDA/H » distingue nettement les deux groupes par rapport au fait qu'elle figure à la périphérie et en particulier dans la troisième case du tableau (case 3 : fréquence faible, $F = 1$ et rang petit, $R = 1$) dans le groupe des autres intervenants, contrairement au groupe des enseignants où elle occupe une place centrale, compte tenu de son positionnement dans la première case du tableau.

Résumé-synthèse : Résultats d'analyse de la « prototypicalité »
de la représentation sociale

L'analyse des associations de mots réalisée à l'aide de l'approche Fréquence/Rang a permis de saisir la façon dont s'articulent les représentations associées à chacun des six mots inducteurs, mais aussi d'en saisir les fluctuations d'un groupe à l'autre. Elle a également permis de montrer que certains de ces mots semblent être reliés entre eux par un mode d'organisation commun aux deux groupes alors que d'autres présentent au contraire une nette différenciation qui semble s'établir en fonction des intérêts et des préoccupations professionnelles spécifiques à chacun des groupes d'intervenants. Une analyse attentive de la répartition des catégories associées à chacun des mots inducteurs révèle par ailleurs qu'aucune n'a exclusivité, au niveau de sa signification et même qu'il y aurait plutôt une sorte de recouvrement dans certains cas, alors que d'autres inducteurs permettent au contraire de bien distinguer les deux groupes en fonction de leurs rôles professionnels.

Le premier constat dans ce sens est celui de la répartition des catégories dans la première case des tableaux pour chaque inducteur en fonction des deux groupes d'intervenants qui nous concernent. En effet, gardant à l'esprit que dans la théorie structurale des représentations sociales c'est la première case qui est le lieu où peuvent être retracés les éléments centraux de la représentation sociale, un bref rappel des catégories apparaissant dans cette première case (voir tableau 6.3.7) permet de regrouper les inducteurs dont certains sont **communs** aux deux groupes alors que d'autres **les différencient ou les distinguent nettement**.

Tableau 6.3.7

Répartition des catégories de la première case des tableaux Fréquence/Rang en fonction de chaque inducteur et les deux groupes d'intervenants de l'école

Groupes	Mots inducteurs					
	Enfant	Rôle de l'école	Discipline	Hyperactivité	Médicament	Ritalin
Enseignants	Bonheur-amour	Actions éducatives Actions d'enseignement	Rigueur, limites, encadrement	Recherche de solutions et modalités d'intervention	Signes et symptômes de la maladie	Symptômes liés au TDA/H Solution nécessaire et bénéfique
Autres intervenants de l'école	Enfance idéalisée Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif	Actions éducatives Actions d'enseignement R : 2)	Nature et bénéfices de la discipline	Motricité et agitation Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité) Impact sur les intervenants et problèmes à gérer	Importance et effets positifs du médicament	Solution nécessaire et bénéfique

En premier lieu, on peut constater que le groupe enseignant associe généralement **L'ENFANT** à la catégorie « Bonheur-amour » contrairement à celui des autres intervenants de l'école qui présente une vision beaucoup plus partagée entre l'image de « l'enfance idéalisée » et les « Problèmes et difficultés dans le contexte éducatif » que présentent certains élèves à l'école (**représentation divergente de l'enfant en fonction des groupes**).

En revanche et contrairement à ce qu'on pouvait attendre, le deuxième mot inducteur, soit le **RÔLE DE L'ÉCOLE** est constitué d'une organisation identique dans les deux groupes. Les catégories « Actions éducatives » et « Actions d'enseignement »

sont en effet communes aux deux groupes reflétant ainsi un fort consensus au niveau de la représentation que se font globalement les enseignants et les autres intervenants et du rôle de l'école dans la prise en charge des élèves présentant ou non un TDA/H (**représentation commune du rôle de l'école en fonction des groupes**).

Par contre, la catégorie « Rigueur, limites et encadrement » est une caractéristique des enseignantes des représentations qu'elles se font de la **DISCIPLINE** contrairement aux autres intervenants de l'école qui se singularise par l'importance qu'ils accordent à la « Nature et les bénéfices de la discipline » dans leurs modes d'intervention auprès des élèves dans le cadre scolaire (**représentation divergente de la discipline en fonction des groupes**).

Quant au mot inducteur **HYPERACTIVITÉ**, le groupe des enseignants est marqué par l'importance qu'il accorde à la « Recherche de solutions et les modalités d'intervention » qui répond aux préoccupations professionnelles liées à la prise en charge des élèves présentant un TDA/H, contrairement aux autres intervenants qui eux, semblent beaucoup plus préoccupés par les exigences à rencontrer pour gérer les différents problèmes que présentent les enfants hyperactifs dans le cadre scolaire : « Motricité et agitation », « Difficultés psychosociales et relationnelles (liées à l'hyperactivité) », « Impact sur les intervenants et problèmes à gérer » (**représentation divergente de l'hyperactivité en fonction des groupes**).

Quant à la représentation du mot inducteur **MÉDICAMENT**, la catégorie « Signes et symptômes de la maladie » caractérise exclusivement le groupe des enseignantes contrairement aux autres intervenants de l'école qui sont beaucoup plus proches d'une vision centrée sur l'« Importance et les effets positifs » du médicament dans le traitement de la douleur, de la souffrance et des symptômes de la maladie. Il apparaît ainsi que les enseignantes affichent une représentation plus neutre de la médication centrée sur les différents signes et symptômes qu'ils associent à la maladie contrairement aux autres intervenants de l'école qui en soulignent davantage l'importance et les bienfaits. Cette différence est intéressante à souligner, car elle

présente un cas de figure différent lorsqu'il s'agit du cas particulier du ritalin **(représentation divergente du médicament en fonction des groupes)**.

En effet, dans leur rapport au **RITALIN**, le groupe des enseignants ainsi que celui des autres intervenants de l'école se caractérisent par une vision de la médication conçue comme étant une « Solution nécessaire et bénéfique » **(représentation commune du ritalin en fonction des groupes)**.

Mais le groupe des enseignants se distingue des autres intervenants en ce qu'ils établissent encore une fois des liens entre la médication et les « Symptômes liés au TDA/H ». Ces deux catégories marquent ainsi la position centrale de la médication dans le traitement du TDA/H chez les enseignantes et en cela, on peut penser que la vision du TDA/H est subordonnée à la médication **(représentation divergente du ritalin en fonction des groupes)**.

Ces différents constats aident à mieux cerner le mode d'organisation et de structuration des représentations relatives à chacun des six inducteurs en fonction des intérêts et des préoccupations professionnelles spécifiques à chacun des groupes. En effet, l'ensemble des interrogations autour de ces mots inducteurs et de la problématique du TDA/H et de la médication, permet d'établir que les enseignants tendent généralement à se distinguer par leur ancrage professionnel qui oriente globalement leur vision et leur position. On peut donc faire l'hypothèse que les représentations dans le groupe des enseignants se structurent de façon particulière et différemment de celles des autres intervenants à cause des nécessités des rôles professionnels, mais aussi à cause des niveaux d'implication et d'engagement différents qui prévalent dans chacun des groupes. Une telle hypothèse reste bien sûr à approfondir, mais l'amorce de la réflexion, dans ce sens, semble particulièrement prometteuse.

Dans cette perspective, l'analyse suivante vise à poursuivre cette réflexion, mais cette fois-ci sous l'angle d'un niveau d'analyse tout à fait différent, soit celui de l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) qui permet d'illustrer et de préciser le mode de structuration des représentations dans l'espace symbolique des groupes.

6.4 Les résultats des analyses factorielles des correspondances multiples (AFCM)

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) a été réalisée à l'aide du logiciel SPAD sur tous les mots induits regroupés en catégories correspondant à chacun des six mots inducteurs, soit les mots ENFANT, RÔLE DE L'ÉCOLE, DISCIPLINE, HYPERACTIVITÉ, MÉDICAMENT ET RITALIN. Cette analyse enrichit l'analyse précédente, car elle permet d'approfondir la structuration des représentations sociales. En effet, l'analyse porte non pas sur des regroupements, mais au contraire sur tous les mots regroupés dans les catégories et associés en première, seconde et troisième positions. Ainsi, l'ordre d'association aux mots inducteurs a été respecté dans les analyses des AFCM effectuées sur toutes les catégories de mots associées en première, seconde et troisième positions sont présentées aux prochains graphiques.

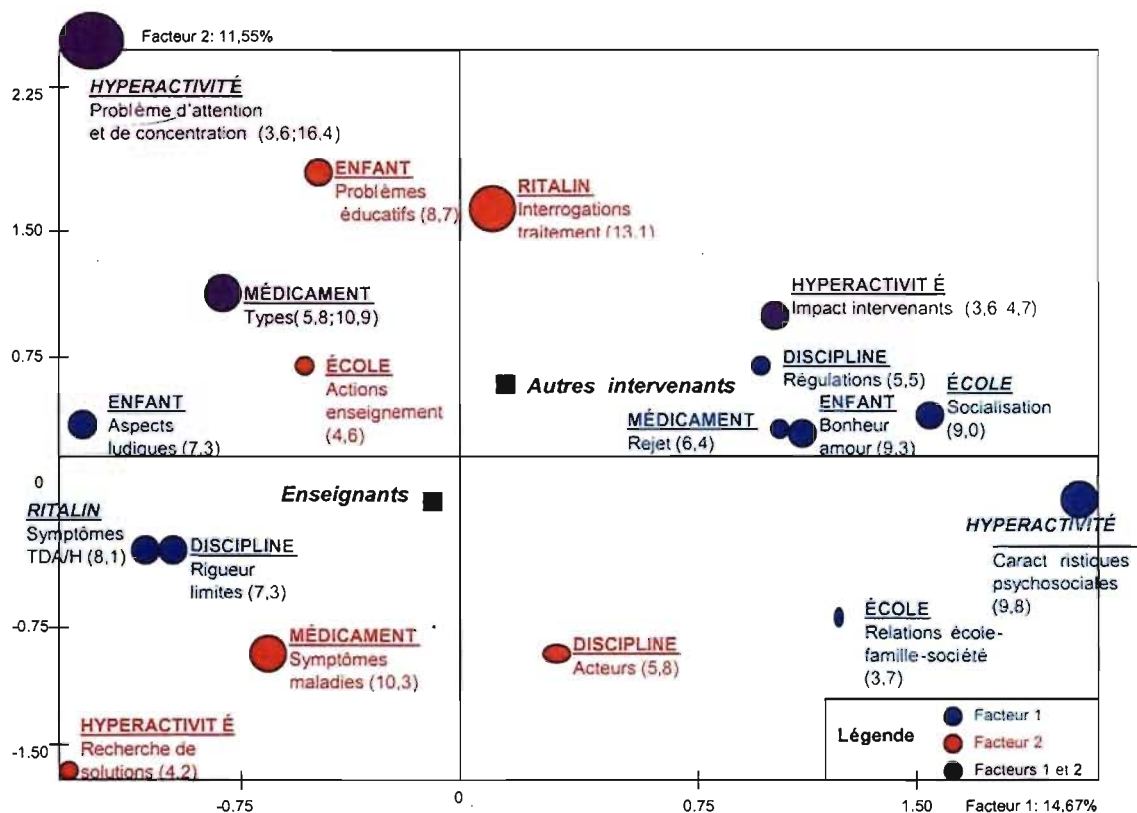
Les résultats de la première AFCM réalisée sur tous les premiers mots (induits) associés aux catégories des six mots inducteurs (graphique 6.4.1) montrent deux facteurs d'organisation qui sont responsables de la variance pour 14,67 % pour le premier facteur et de 11,55 % pour le second facteur. Les modalités les plus contributives (voir les appendices D, E, F) à la formation des deux axes factoriels sont présentées en termes de contribution à l'inertie⁸ et ont été retenues à partir du seuil de signification établi à 3,6⁹

⁸ « L'AFC est une technique de décomposition du Khi^2 en facteurs linéaires et la valeur propre ou l'inertie extraite par le facteur permet d'apprécier les valeurs les plus impliquées dans la mesure du Khi^2 . Le concept d'inertie est fondamental dans l'analyse factorielle des correspondances car le nuage de points formé par les données que l'on veut décrire ne s'étend pas uniformément dans toutes les directions en raison des relations qui s'établissent entre les lignes et les colonnes regroupant les données. Un système de repère orthogonal plus avantageux, qui s'appuie sur la géométrie vectorielle, est utilisé pour repérer dans un nuage de points (coordonnés sur plusieurs dimensions des données dans un espace vectoriel), la représentation la plus fidèle possible d'une structure de données à plusieurs dimensions. On en calculera le profil moyen, soit le centre de gravité du nuage, qui maximise l'inertie du nuage de points. Du centre de gravité du nuage, on décompose l'inertie (dispersion projetée) totale du nuage comme la somme de l'inertie parallèle et de l'inertie perpendiculaire. Le premier axe factoriel est la ligne pour laquelle l'inertie parallèle est maximale. Le second axe factoriel sera, parmi toutes les droites orthogonales, celle pour laquelle la dispersion projetée (inertie) du nuage comme complément orthogonal est maximale. De façon formelle, l'inertie est la somme pondérée de la distance du Khi^2 (X^2) entre chaque profil d'individus et le profil moyen. Ainsi, plus l'inertie est grande et plus grande sera l'association lignes et colonnes de données». Note tirée de Garnier, Marinacci, Quesnel (2007) Les représentations sociales de l'alimentation, de la santé et de la maladie de jeunes enfants. *Revue Service social*, Vol 53, numéro 1, 13-26.

⁹ Ce seuil est calculé en divisant le nombre de modalités actives par 100.

Graphique 6.4.1

Analyse factorielle des correspondances multiples effectuée sur tous les premiers induits



Les modalités relatives aux groupes « Enseignants » et « Autres intervenants de l'école », incorporées dans l'analyse à titre de modalités illustratives¹⁰, sont projetées sur le plan factoriel de façon à pouvoir repérer leurs affinités avec les modalités contributives.

Ainsi les « symptômes liés au TDA/H » qui constituent la première association au mot inducteur RITALIN avec une contribution à l'inertie de 8,1 forment la modalité la plus contributive du pôle négatif du premier axe¹¹. La modalité immédiatement voisine

¹⁰ Les modalités illustratives ne participent pas à la formation des axes factoriels au même titre que les modalités actives. Leur position reflète celle qu'elles auraient occupée si leur contribution avait participé à la formation des axes factoriels.

¹¹ Telle que la légende du graphique l'explique, les modalités actives qui ont formé le premier axe factoriel sont inscrites en bleu. Les modalités qui sont inscrites en rouge doivent être écartées de l'interprétation du premier axe alors que celles contribuent aux deux axes factoriels (inscriptions en mauve) seront prises en compte dans l'interprétation des deux axes.

concerne la rigueur et la discipline qui ont été associées en premier lieu au RITALIN avec une contribution à l'inertie de 7,3. Les « aspects ludiques » associés spontanément à l'ENFANT ont une contribution identique de 7,3 à la formation du pôle négatif du premier axe factoriel. Les « types de médicaments » (5,8) et les « problèmes d'attention et de concentration » associés au mot inducteur HYPERACTIVITÉ (3,6), bien que participant à la formation des deux axes factoriels, contribuent de façon moindre à la formation de l'axe 1. En effet, les « problèmes d'attention et de concentration » associés à l'HYPERACTIVITÉ ont une contribution à l'inertie de 16,4 à l'axe 2 et de 3,6 à l'axe 1. Comme cette dernière contribution est égale au seuil de signification, il faut donc retenir cette modalité dans l'interprétation du premier facteur. Il en va de même pour les « types de médicament » dont la contribution à l'inertie au facteur 1 s'établit à 5,6.

Les axes factoriels devant s'interpréter par l'opposition des deux pôles d'un même axe (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, 1992) ou comme des variables tensives (Pommier, 2004), on retrouve, à l'autre extrémité du premier axe factoriel, les « caractéristiques psychosociales positives » associées à l'HYPERACTIVITÉ avec la plus forte contribution à l'inertie établie à 9,8 et qui se situe au pôle positif du premier axe factoriel. Les autres modalités significatives situées dans la portion positive de l'axe 1 concernent également, dans un ordre décroissant de la valeur de contribution à l'inertie, « le bonheur et l'amour » associés à l'ENFANT (9,3), la « socialisation » qui est liée au RÔLE DE L'ÉCOLE (9,0), le « rejet » concernant le MÉDICAMENT (6,4), les « régulations » qui sont reliées à la notion de DISCIPLINE (5,5), les « relations école-famille-société » qui sont aussi associées au RÔLE DE L'ÉCOLE (3,7) et finalement, « l'impact sur les intervenants » relativement à l'HYPERACTIVITÉ (3,6).

Comme les modalités qui entretiennent des affinités entre elles sont projetées à proximité l'une de l'autre, on note une agglomération dans la partie positive de l'axe 1 où le « rejet du médicament » avoisine les sentiments de « bonheur et d'amour » liés à l'ENFANT et qui sont partagés, telle que le montre la projection des variables illustratives sur le graphique 6.4.1 par un plus grand nombre d'intervenants autres que les enseignantes. Il faut toutefois préciser que les modalités illustratives « enseignants » et « autres intervenants » demeurent à proximité du croisement des axes factoriels, ce

qui a pour effet de réduire la distinction entre les deux groupes. Comme il s'agit de modalités qui ne participent pas à la formation des axes factoriels, la position de ces variables sera interprétée ici comme des tendances concernant ces groupes. Dans la partie opposée de l'axe, le RITALIN qui évoque les « symptômes du TDA/H » jouxte les notions de « rigueur et de limites » associées à la DISCIPLINE et qui semblent être partagées par un plus grand nombre d'enseignants. En reprenant l'ensemble des modalités du premier facteur, on constate que le premier axe départage une vision plus critique du médicament partagée par les autres intervenants d'une vision plus utilitariste ou opérationnelle du MÉDICAMENT chez les enseignants.

Sur le second facteur, ce sont les « problèmes d'attention et de concentration » lorsqu'il est question d'HYPERACTIVITÉ (16,4), des « interrogations sur le traitement médicamenteux » (13,1) qui prédominent avec les contributions les plus fortes à l'inertie dans la partie positive de l'axe 2. S'ajoutent à ces modalités, les « types de médicament » (10,9), les problèmes éducatifs liés à l'ENFANT (8,7), « l'impact sur les intervenants » concernant l'HYPERACTIVITÉ (4,7) et les « actions d'enseignement » (4,6) associées au RÔLE DE L'ÉCOLE. Il faut également ajouter que ces modalités sont partagées davantage par le groupe des autres intervenants de l'école contrairement à celui des enseignantes. À l'autre extrémité de l'axe, ce sont les « symptômes » et les « maladies » qui sont liés au MÉDICAMENT (10,3), les « différents acteurs » qui sont reliés à la DISCIPLINE (5,8) et la « recherche de solutions » concernant l'HYPERACTIVITÉ (4,2) qui cumulent les plus fortes contributions à l'inertie. Les enseignants sont plus associés à ces dernières modalités que les autres intervenants de l'école.

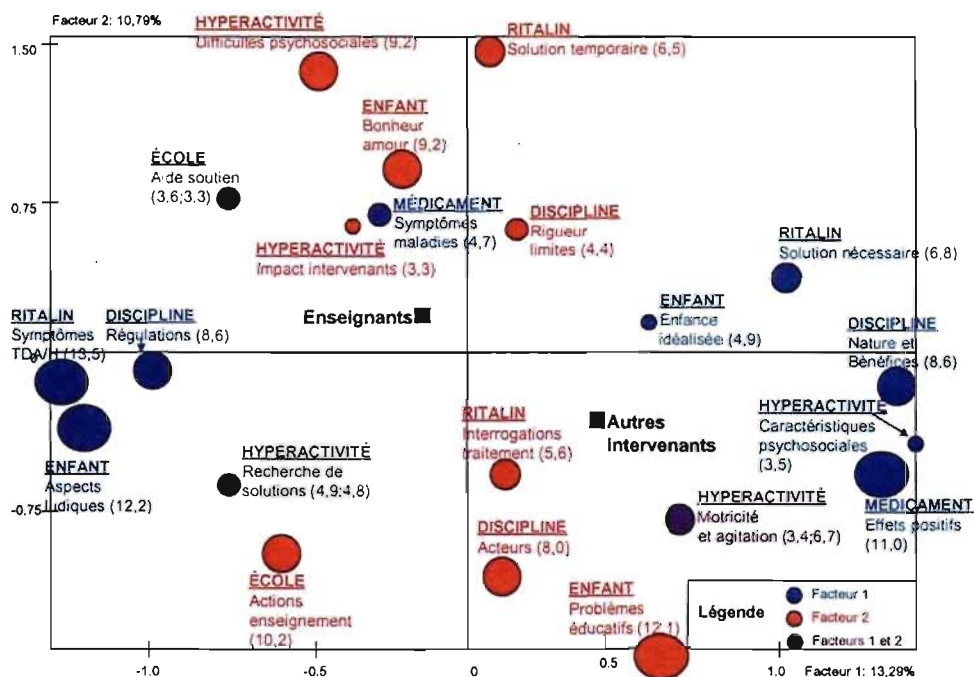
De façon générale, se profile donc sur le second facteur, une vision critique qui caractérise davantage, en tenant compte des réserves énoncées précédemment sur les variables illustratives, le groupe des autres intervenants de l'école, mais qui est plus nuancée pour le RITALIN (interrogations) que celle observée sur le premier facteur concernant le MÉDICAMENT (rejet). Cette vision s'oppose, pour une majorité d'enseignants, à une conception plus neutre du MÉDICAMENT (symptômes, maladies)

et de la DISCIPLINE (acteurs) et plus opérationnelle de l'HYPERACTIVITÉ (recherche de solutions).

Les résultats de la deuxième AFCM réalisée sur tous les seconds mots induits associés aux six mots inducteurs qui sont présentés au prochain graphique (graphique 6.4.2) présentent une moins grande dispersion des modalités significatives (seuil de signification : 3,3) à la formation du premier facteur (13,29 %), surtout en ce qui concerne les enseignantes.

Graphique 6.4.2

Analyse factorielle des correspondances multiples effectuée sur tous les seconds induits



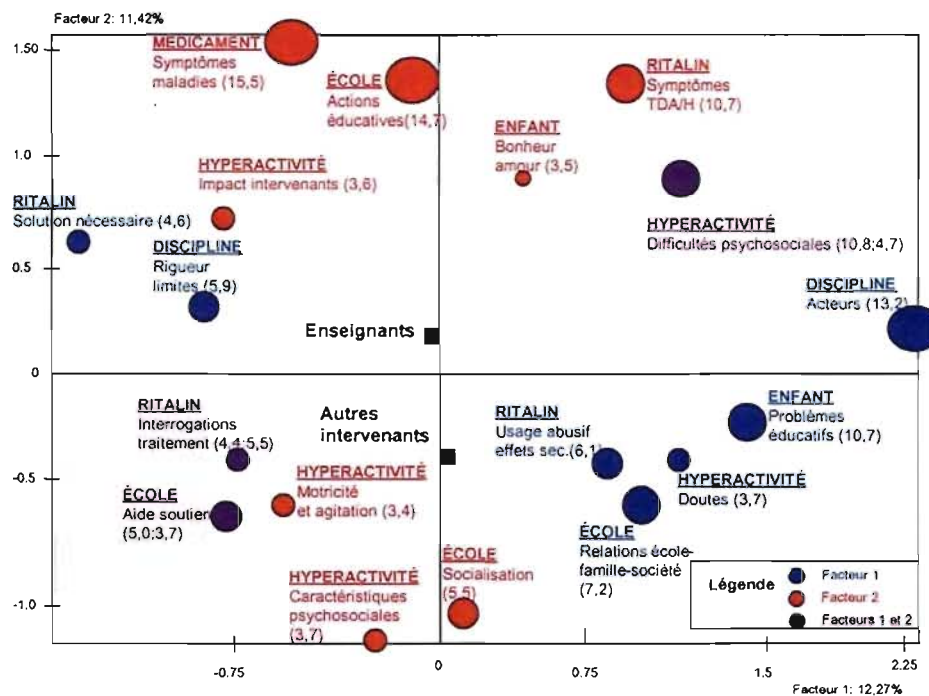
En tenant compte des réserves énoncées précédemment sur les variables illustratives, on constate que les enseignantes sont représentées par les mêmes inducteurs et modalités que ceux des 2 facteurs du graphique précédent (RITALIN - symptômes TDA/H : 13, 5; ENFANT - aspects ludiques : 12,2; 8,6; HYPERACTIVITÉ -recherche de solutions : 4,8; MÉDICAMENT - symptômes, maladies : 4,7), mais les deux

premières ont une contribution à l'inertie plus importante et leur proximité sur le plan factoriel est plus grande. Par ailleurs, à cette seconde association de mots, il y a un renversement de la situation précédente, car les « régulations » associées à la DISCIPLINE par les autres intervenants de l'école font maintenant partie du paysage représentationnel des enseignants ce qui laisse entrevoir une certaine instabilité concernant la notion de discipline. Par contre, les seconds mots associés par les autres intervenants de l'école aux six mots inducteurs changent la composition de ce panorama. Il n'y a que les « caractéristiques psychosociales positives » associées à l'HYPERACTIVITÉ qui demeurent, mais leur contribution à l'inertie est minime contrairement au graphique précédent. Le MÉDICAMENT n'est plus considéré par rapport au « rejet », mais plutôt par ses « effets positifs » avec une contribution importante à l'inertie (11,0). La DISCIPLINE est représentée plus positivement (nature et bénéfiques : 8,6) et il en va de même pour le RITALIN (solution nécessaire : 6,8). L'ENFANT est représenté aussi, comme dans le graphique précédent, par des attributs positifs (enfance idéalisée : 4,9).

En apportant les réserves relatives aux variables illustratives et à leur situation près du croisement des axes factoriels, le second facteur (10,79 %) modifie peu la situation concernant les autres intervenants, les mêmes modalités que le graphique précédent se répètent et se renforcent (ENFANT - problèmes éducatifs : 12,1; RÔLE DE L'ÉCOLE - Actions enseignement; 10,2; RITALIN - interrogations traitement : 5,6). Par contre, la DISCIPLINE qui était associée par les enseignants aux « acteurs » dans le précédent graphique fait l'objet de la même association par le groupe des autres intervenants de l'école. L'HYPERACTIVITÉ aussi semble faire apparaître un changement de cap chez les autres intervenants, car elle est maintenant associée à la « recherche de solutions » comme chez les enseignantes dans le précédent graphique, mais elle est aussi associée à la motricité et à l'agitation (6,7). Comme cette dernière modalité est plus proche de la modalité « Autres intervenants », c'est probablement en fonction de la « motricité » et de « l'agitation » que ceux-ci associent aussi la recherche de solutions à l'HYPERACTIVITÉ.

Les seconds mots induits par les six inducteurs modifient passablement le schéma représentationnel des enseignants. L'HYPERACTIVITÉ réfère pour eux aux « difficultés psychosociales » (9,2) et le RITALIN aux « solutions temporaires » (6,5). Ils conservent le même rapport que précédemment à la DISCIPLINE vue sous l'angle de la « rigueur et des limites » (4,4). Par contre, l'ENFANT est davantage représenté par des composantes affectives (bonheur, amour : 9,2) qui coloraient la représentation des autres intervenants dans l'analyse précédente des premiers mots induits. La même situation prévaut pour l'impact des intervenants concernant l'HYPERACTIVITÉ qui semble faire partie du champ représentationnel des autres intervenants à la première évocation et aussi à celle des enseignants à la seconde évocation. L'inversion de certaines modalités attribuables aux deux groupes indique une représentation probablement plus homogène du groupe des enseignants et celui des autres intervenants. Ce dernier constat est particulièrement bien illustré sur le prochain graphique qui présente les modalités significatives (seuil de signification : 3,3) de l'analyse des troisièmes mots induits par les six mots inducteurs. Les enseignantes se situent à une distance négligeable des autres intervenants sur le premier axe factoriel, les deux groupes avoisinant l'axe vertical et c'est l'axe horizontal qui permettra de mieux distinguer les deux groupes.

Graphique 6.4.3
Analyse factorielle des correspondances multiples effectuée sur tous
les troisièmes induits



Le premier facteur, qui est moins caractéristique d'un groupe, présente une structure représentationnelle caractérisée par une opposition concernant le RITALIN en ce qui concerne les troisièmes mots associés aux inducteurs. À un bout du spectre, le RITALIN est associé à une « solution nécessaire » (4,6) et à des « interrogations sur le traitement » (5,5) et d'autre part, il fait aussi référence à « l'abus » et aux « effets secondaires » (6,1). L'HYPERACTIVITÉ sur le premier facteur n'est présente qu'à une extrémité de l'axe factoriel et va dans le sens des « difficultés psychosociales » (10,8) et des « nombreux doutes » (3,7). Par contre, la DISCIPLINE est conçue en fonction de deux éléments qui s'opposent sur l'axe 1, soit la « rigueur et les limites » (5,9) qui se distancient des « acteurs de la discipline » (13,2). Deux dimensions représentationnelles liées au rôle de l'école s'opposent également sur l'axe 1. « L'aide et le soutien » qui contribuent à la formation des deux axes factoriels dont l'axe 1 (3,7) s'opposent aux « relations école-famille-société » (17,2).

Alors que la distance entre les enseignantes et les autres intervenants sur le premier axe factoriel apparaît négligeable, celle-ci devient plus appréciable sur le second axe. Les enseignantes partagent toujours une vision du MÉDICAMENT axée sur « les symptômes et les maladies » (15,5) et une conception de l'HYPERACTIVITÉ liée à « l'impact sur les intervenants » (3,6) et aussi à un nouvel élément, les « difficultés psychosociales » qui contribuent aux deux axes dont l'axe 1 (4,7). L'image de l'ENFANT semble se stabiliser à la troisième association de mots sur une dimension affective (bonheur, amour : 3,5) alors que dans le cas du RITALIN, ils reviennent à la position prise lors de la première association de mots, soit une vision du RITALIN centrée sur les « symptômes du TDA/H » (10,7). Ce n'est qu'à la troisième association que le RÔLE DE L'ÉCOLE est représenté par les enseignantes par les « actions éducatives » avec une forte contribution à l'inertie (14,7).

Toujours sur le second facteur, les autres intervenants se distinguent par un nombre plus limité de modalités significatives qui réitèrent des positions antérieures, soit une vision de l'HYPERACTIVITÉ axée sur les « caractéristiques psychosociales » (3,7), la « motricité et l'agitation » (3,4). Quant au RITALIN, le groupe des autres intervenants maintient une conception plus critique teintée d'interrogations sur le traitement (5,5). Il maintient également sa position de départ concernant le RÔLE DE L'ÉCOLE qui est représentée par la « socialisation » (5,5), mais aussi par la dimension, de « l'aide et le soutien » (5,5) qui ont été partagés mais de façon moins significative (3,3) par les enseignantes à la seconde association de mots.

Résumé-synthèse : Les résultats des analyses factorielles
des correspondances multiples (AFCM)

Les résultats des trois analyses factorielles des correspondances multiples (AFCM) montrent la présence d'une certaine stabilité du schéma représentationnel du groupe des enseignants et de celui des autres intervenants de l'école sur quelques inducteurs et en ne retenant que les contributions les plus fortes à l'inertie, il apparaît possible de distinguer les éléments les plus déterminants des représentations.

Concernant les enseignantes, il appert que l'inducteur RITALIN évoque de façon constante les « symptômes du TDA/H » sur les trois graphiques avec de fortes contributions à l'inertie à chacune des trois AFCM (8,1; 13,5;10,7). Chez les autres intervenants, on observe aussi une position plus critique assez constante centrée sur « l'interrogation », sur le traitement avec des contributions décroissantes à l'inertie selon qu'il s'agit de la première, la seconde ou la troisième association de mots (13,1; 5,6; 5,5). Toutefois, à la seconde association de mots, les autres intervenants considèrent aussi que le RITALIN est une solution nécessaire (6,8).

La notion générale de MÉDICAMENT génère peu d'éléments représentationnels, contrairement aux autres mots inducteurs qui apparaissent assez stables du côté des enseignantes. Ainsi, pour eux, le MÉDICAMENT est généralement associé à des « symptômes et des maladies » avec des contributions à l'inertie assez fortes à la première et la troisième AFCM (10,3; 4,7; 15,5). Du côté des autres intervenants, la représentation passe d'une vision critique (rejet :6,4) à une vision neutre (types de médicaments : 10,9 sur le second facteur) dès la première association de mots. À la seconde association de mots, les autres intervenants retiennent une vision des « effets positifs » avec une forte contribution à l'inertie (11,0) et aucune modalité n'est significative à la troisième association de mots chez les autres intervenants. On peut retenir de ce qui précède que la représentation du MÉDICAMENT chez les enseignantes est plus stable et assez neutre si on la compare aux éléments représentationnels qui s'y opposent (rejet ou effets positifs). La représentation des autres intervenants

contrairement aux enseignantes semble donc davantage osciller encore une fois entre des positions extrêmes.

Contrairement à la notion de MÉDICAMENT dans les modes d'organisation et de structuration des représentations, l'HYPERACTIVITÉ semble produire un foisonnement d'images qui sont reprises tantôt par l'un ou l'autre groupe. Tout d'abord, les enseignantes se représentent l'hyperactivité par les « problèmes d'attention et de concentration » (3,6), laquelle représentation est partagée par les autres intervenants de l'école sur le second facteur de la première AFCM, mais avec une contribution à l'inertie beaucoup plus forte (16,4). Les enseignantes ajoutent un autre élément, la recherche de solutions (4,2), à cette représentation dès la première analyse. Les autres intervenants ne sont pas en reste et retiennent eux aussi deux éléments additionnels pour compléter la représentation de l'HYPERACTIVITÉ par la dimension de « l'impact sur les intervenants » qui est significative pour eux sur les deux facteurs (3,6; 4,7) et « les caractéristiques psychosociales positives de l'hyperactivité » (9,8).

La complexité de la représentation de l'HYPERACTIVITÉ et sa contribution à la structure générale du champ représentationnel devient encore plus apparente à la seconde AFCM. Les enseignantes partagent avec les autres intervenants une conception axée sur « la recherche de solutions » et la contribution à l'inertie est plutôt faible et équivalente pour les deux groupes (4,9; 4,8). Les « difficultés psychosociales » figurent aussi dans la représentation en seconde (9,2) et en troisième analyse (4,7) des enseignantes relativement à l'HYPERACTIVITÉ laquelle s'enrichit également de « l'impact sur les intervenants », modalité qui participait à la représentation partagée par les autres intervenants à la première analyse, mais avec une faible contribution à l'inertie (3,3). « Les caractéristiques psychosociales positives » de l'HYPERACTIVITÉ demeurent liées comme dans la première analyse à la représentation de l'hyperactivité partagée par les autres intervenants, mais avec une diminution de la contribution à l'inertie qui passe de 9,8 à 3,5 en seconde analyse et à 3,4 en troisième analyse. Les autres intervenants associent, sur deux facteurs en seconde analyse, un élément supplémentaire à l'HYPERACTIVITÉ qui n'apparaissait pas à la première analyse, soit « la motricité et l'agitation » (3,4 et 6,7). Cet élément est aussi significatif à la troisième

analyse mais faiblement (3,4). Compte tenu de ce qui précède, on peut conclure à un schéma complexe de la représentation de l'HYPERACTIVITÉ dont les éléments représentationnels s'entrecroisent dans les deux groupes.

La représentation de l'ENFANT ne présente pas la même densité dans la structure globale du champ représentationnel liant les différents mots inducteurs, notamment celui de l'HYPERACTIVITÉ, en raison du nombre peu élevé de modalités significatives. Il s'agit donc d'une structure plus simple qui se teinte de couleurs affectives dans les deux groupes avec une forte contribution à l'inertie (enseignants : 9,2; autres intervenants : 9,3). Elle se distingue par les « aspects ludiques » chez les enseignantes avec une plus forte contribution à l'inertie à la seconde AFCM (12,2) qu'à la première AFCM (7,3). La représentation de l'ENFANT partagée par les autres intervenants semble être plus fortement marquée par les « problèmes éducatifs » (12,1) que par « l'enfance idéalisée » (4,9).

Dans les trois AFCM, la représentation de la DISCIPLINE apparaît composée des mêmes éléments (régulations, acteurs) chez les enseignantes et les autres intervenants de l'école. Toutefois, les enseignantes l'associent de façon récurrente comme dans les analyses précédentes à « la rigueur et aux limites » dans les trois AFCM (7,3; 4,4; 5,9) ce qui en fait une représentation plus stable que les autres intervenants qui la conçoivent en seconde analyse seulement (8,6) en fonction de sa nature et de ses bénéfices.

Les modalités significatives qui composent la représentation du RÔLE DE L'ÉCOLE sont très nombreuses dans le groupe des autres intervenants mais faiblement significatives pour la plupart. De plus, « l'aide et le soutien » sont des éléments de la représentation qui sont partagés par les deux groupes. Seules les « actions relatives à l'enseignement » (10,2) présentent une contribution élevée pour les autres intervenants et chez les enseignants, il s'agit des « actions éducatives » (14,7). Ces résultats montrent une représentation du RÔLE DE L'ÉCOLE qui semble plutôt homogène dans les deux groupes et dans laquelle l'aide et le soutien sont aussi associés à la pratique éducative.

L'ensemble de ces résultats montre un système complexe et fluctuant des représentations que se font le groupe des enseignants et celui des autres intervenants de l'école de l'espace symbolique dont les nœuds d'enchevêtrement semblent les plus denses dans la représentation de l'HYPERACTIVITÉ. Par ailleurs, les frontières des schémas représentationnels semblent être plus définies par le groupe des enseignantes que par celui des autres intervenants de l'école contrairement aux autres mots inducteurs. L'hypothèse à l'effet que les représentations se structurent différemment suivant les groupes et qui a déjà été discutée dans l'analyse précédente, semble donc être amplement soutenue, quoique cette hypothèse devrait conduire à d'autres travaux empiriques pour être confirmée.

Mais d'ores et déjà, les résultats des analyses révèlent sans aucun doute que les professionnels que sont les enseignantes et les autres intervenants de l'école ne mettent pas en jeu des objets de représentation isolés les uns des autres, mais au contraire font intervenir une constellation de ceux-ci qui se structure différemment dans un « système représentationnel » (Garnier, 2002, 2007) en fonction de leur rôle et de leur niveau d'implication professionnelle. Il pourrait alors s'agir d'objets représentationnels qui se combinent, s'articulent entre eux pour permettre à un objet plus large, soit à celui associé au « TDA/H » et à la « médication psychostimulante », de servir de cadre à une pratique qui en l'occurrence n'est autre ici que professionnelle.

Cette idée de système représentationnel n'est pas nouvelle et a déjà fait l'objet de nombreux développements théoriques que nous discuterons plus en détail dans la prochaine section, soit dans la conclusion de ce travail. L'intention sera de montrer que la notion de « système représentationnel » est susceptible, d'une part, d'enrichir l'ensemble des résultats de cette étude et, d'autre part, de montrer comment le fait d'étudier les représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante non pas comme des objets isolés, mais au contraire dans un système faisant intervenir une constellation de ces objets, peut apporter une certaine contribution à ce champ d'étude.

CONCLUSION

Il ne fait aucun doute que la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante, en l'occurrence le Ritalin®, suscite de nombreux questionnements dans le milieu scolaire, comme le suggèrent les différentes préoccupations exprimées par les intervenants que nous avons interrogés dans le cadre de cette étude, notamment lorsqu'il s'agit de mettre en place des services adaptés aux élèves présentant un TDA/H à l'école primaire.

Mais en surplomb de ces questions pratiques, l'analyse des différentes représentations sociales et professionnelles (Bataille et coll., 1997; Piaser, 1999; Aubrée et Raspad, 1986; Morin, 1989; Guimelli et Jacobi, 1990; Lorenzi-Cioldi, 1991; Guimelli et Jacobi, 1999) constitue une perspective privilégiée pour les étudier et pour mieux comprendre les nombreux défis qu'ont à relever les enseignants ainsi que les autres intervenants scolaires que nous avons rencontrés et interrogés à ce propos. En effet, bien que cette étude ait été réalisée dans un contexte postérieur à la publication d'un plan d'action concerté entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2000) pour soutenir les intervenants susceptibles d'intervenir auprès des jeunes atteints d'un TDA/H, notamment les intervenants scolaires, l'ensemble des résultats de cette étude laissent largement transparaître que les problèmes rencontrés dans le cadre de l'école sont encore loin d'être entièrement résolus et que les enjeux sont encore fort nombreux. Ils ont également permis de montrer que la problématique du TDA/H et de la médication psychostimulante s'inscrit dans une problématique sociale complexe (Cohen, 2003; Lavoie, 2002, Paradis, 1999) faisant intervenir des dimensions psychosociales (subjectives, représentationnelles, communicationnelles et pragmatiques) dont on doit tenir compte dans l'analyse pour mieux saisir la situation. Afin de mieux comprendre cette problématique, la perspective théorique intégrant à la fois la théorie des représentations sociales et la perspective spécifique des représentations professionnelles semble particulièrement riche et féconde pour analyser et saisir les significations que les différents groupes d'intervenants du

milieu scolaire attribuent à leurs manières d'exercer leurs pratiques professionnelles dans le contexte de prise en charge et le suivi des enfants atteints ou « possiblement atteints » d'un TDA/H dans le cadre scolaire, mais aussi pour approfondir la manière dont se posent les problèmes rencontrés et les différents enjeux qui y sont associés.

Cette conclusion vise ainsi à dégager les différents apports de cette recherche selon trois points de vue. **Dans un premier temps**, les apports théoriques de la recherche qui apparaissent notamment dans le fait que les objets de TDA/H et de médication psychostimulante ont certaines spécificités qui leur confèrent le statut d'être véritablement des objets de représentations sociales (Moliner, 1993; Moliner et coll., 2002, Flament et Rouquette, 2003). Cette spécificité semble a priori fondamentale à considérer, car pour être objet de représentation sociale, certaines conditions doivent nécessairement être considérées (Moliner, 1993; Moliner et coll. 2002; Flament et Rouquette, 2003, Garnier et Lévy, 2007) comme nous avons déjà eu l'occasion de le montrer dans le cadre théorique. En effet, pour être objet de représentation sociale, il faut en premier lieu que cet objet puisse apparaître sous différentes formes dans la société, c'est-à-dire qu'il soit « un objet polymorphe » (Moliner, 1993) et digne d'un intérêt social pour un groupe social spécifique (Moliner et coll., 2002). Moliner et coll. (2002) insistent également sur l'importance de considérer les enjeux constitués par « l'objet » dans le groupe, autre critère nécessaire et fondamental au processus représentationnel (Garnier et Lévy, 2007). En d'autres mots, supposer l'existence d'un groupe social donné dont les individus communiquent entre eux régulièrement et situés en position d'interaction avec l'objet de représentation, celui-ci étant investi d'une utilité, d'une importance particulière (Moliner et coll., 2002). Nous en conviendrons donc à la suite de certains auteurs que la représentation se forme ainsi à partir de trois constituants : l'objet, les acteurs et les enjeux qui placent l'objet au centre du groupe et des rapports sociaux qui les lient (Garnier et Lévy, 2007). Plusieurs données recueillies dans le discours des enseignantes et celui des autres intervenants de l'école interrogés dans le cadre de cette étude permettent de conclure que les objets de TDA/H et de la médication psychostimulante répondent entièrement à ces différentes conditions.

Dans **un second temps**, nous avons montré que les différents niveaux d'analyse, et plus précisément ceux relatifs à la technique d'associations de mots réalisée lors de la troisième phase de la recherche permettent de faire l'hypothèse que les objets de « TDA/H » et de « médication psychostimulante » sont interreliés au sein d'un « système représentationnel » et qu'ils ne peuvent être appréhendés de manière isolée. Cette notion de « système représentationnel » développée plus particulièrement par Garnier (Garnier et coll., 2000b, 2005, Garnier et Lévy, 2007) tant sur le plan théorique qu'empirique, enrichit l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de cette étude, en montrant que les représentations de ces objets sans s'opposer les unes aux autres se structurent différemment et de façon particulière dans le groupe des enseignants contrairement à celui des autres intervenants de l'école. Si une telle hypothèse reste bien sûr à approfondir dans des recherches futures, l'amorce de cette réflexion s'avère particulièrement prometteuse pour mieux comprendre et saisir la problématique du TDA/H telle qu'elle se pose actuellement dans le contexte scolaire.

Dans **un troisième temps**, les principaux apports de la recherche sont présentés mais à cette étape-ci sur le plan méthodologique. La discussion permet notamment de montrer l'intérêt que revêt l'étude de cas ainsi que l'approche « multiméthodologique » (Abric *a*, Abric, 2003) (c'est-à-dire une **méthodologie** alliant à la fois une diversité de méthodes et d'analyses qualitatives et quantitatives) pour non seulement réaliser un travail d'exploration en profondeur du contexte de l'école mais aussi pour mieux comprendre et saisir les représentations dans la dynamique des interactions sociales dans lesquelles s'actualisent les pratiques professionnelles des intervenants scolaires liées au TDA/H et à la médication psychostimulante.

Finalement, nous ne pouvons fermer ce travail sans parler des limites de cette étude, particulièrement en ce qui concerne la question de « généralisation » des données à partir des études de cas et qui a donné lieu à de nombreuses controverses au cours des dernières années dans la littérature. Nous proposons finalement de nouvelles pistes de recherche qui pourraient être envisagées dans le futur.

1. Le TDAH et la médication psychostimulante : véritables objets de représentations sociales

Cette étude a permis de mettre en évidence que sous leur apparente diversité, le TDA/H et la médication psychostimulante ont en commun d'être des objets polymorphes qui, en revêtant différentes formes, sont aussi soumis à des enjeux plus ou moins importants suivant les groupes d'intervenants scolaires, ce qui conduit à penser qu'ils sont véritablement objets de représentation sociale au sens où l'entendent plusieurs auteurs (Jodelet, 1984; Doise, 1990; Wagner, 1996; Moliner et coll., 2002; Flament et Rouquette, 2003; Garnier et Lévy, 2007).

Un premier exemple qui va dans ce sens est la polysémie entourant la problématique du TDA/H qui se traduit à travers une diversité de points de vue exprimés par les intervenants scolaires lorsqu'ils se prononcent d'une part, sur la « cause » ou les « différentes causes » pouvant expliquer ce trouble particulier (c'est-à-dire son étiologie) et, d'autre part, sur la nature des problèmes que présentent les élèves dans le contexte de l'école primaire.

En effet, l'analyse du discours réalisée lors de la seconde phase de la recherche montre assez bien que le TDA/H relève, pour la majorité des intervenants que nous avons interrogés, d'un problème médical associé soit à une cause neurologique ou soit à une cause héréditaire ou génétique. Pour plusieurs d'entre eux, il s'agit d'un problème « chimique du cerveau », d'un dysfonctionnement au niveau « de la transmission des neurones » ou d'un problème qui peut être transmis de façon héréditaire. Dans ces différents cas de figures, il s'agirait non seulement d'un problème « permanent », mais aussi « irréversible » qui perturbe de façon importante le comportement et les fonctionnements des élèves dans le cadre scolaire. À ce titre, on peut donc penser que la représentation que se font les unes et les autres du TDA/H s'inscrit largement dans une perspective biomédicale, laquelle serait l'expression, pour reprendre les termes de certains auteurs (de Sharzer, 1991, 1994; Maag et Reid, 1994; Lévine, 1997) d'une idéologie dominante dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie.

Par ailleurs, notre analyse permet également de constater que plusieurs intervenants n'hésitent pas à remettre en question cette vision médicale de la « maladie » en soulignant le fait que le TDA/H aurait aussi comme arrière-fond des causes d'ordre social et bioenvironnemental (problèmes d'hyperstimulation, effets possibles de l'environnement, de l'alimentation. etc.) et, plus près de la réalité de l'enfant, des influences d'ordre familial (problématiques familiales,) scolaire (conditions de vie jugées inappropriées dans le milieu scolaire) à prendre en considération. À ce titre, il semble bien que la corrélation directe entre le TDA/H et la présence d'un problème d'ordre neurophysiologique ou biomédical est largement remise en question par tous et chacun, témoignant ainsi d'une certaine prise de distance par rapport au modèle biomédical dans l'explication de ce trouble particulier.

Malgré ce regard plutôt critique du modèle médical, compte tenu des nombreux questionnements exprimés à son propos, les intervenants sont aussi fort nombreux à se prononcer sur le fait que de plus en plus d'élèves, notamment les garçons, présentent des problèmes d'attention, de concentration, d'hyperactivité ou d'apprentissage associés à un TDA/H. Par ailleurs, ces problèmes sont généralement décrits, comme nous avons déjà eu l'occasion de le mentionner avec des termes souvent imprécis : difficultés à écouter, ignore les consignes, dans sa bulle, échec scolaire, problème d'apprentissage, désorganisé, agité, inattentif, etc.). Bien que ces différents termes soient utilisés pour représenter la réalité d'un élève qui dépasse les seuils fixés pour l'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité, l'usage de ces termes entraîne également plusieurs autres significations que celle à laquelle ils prétendent référer. Par exemple, les mots « problèmes de comportement », « agitation », « motricité excessive » et bien d'autres de même nature lui sont de très près reliés au concept du TDA/H. Ces différents constats révèlent que ce concept peut non seulement englober une diversité de comportements problématiques pouvant conduire à une demande d'évaluation psychosociale ou médicale pour vérifier l'hypothèse du diagnostic du TDA/H mais qu'il peut aussi donner lieu, comme l'avait déjà montré l'étude de Cohen et coll., (1999), à une diversité de pratiques d'évaluation ou d'intervention (Cohen et coll., 1999) qui ne sont pas

forcément appropriées aux besoins particuliers que présentent les élèves dans le cadre scolaire.

Dans le cas qui nous préoccupe, il semble bien en effet que la procédure d'évaluation des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H pose d'importantes difficultés aux intervenants scolaires, et plus particulièrement pour le groupe des enseignantes qui considère que le diagnostic de ce trouble particulier comporte une part importante d'incertitude rendant ainsi la procédure d'évaluation particulièrement difficile. Malgré ce coup d'oeil critique lorsque les uns et les autres se prononcent sur les difficultés rencontrées lors de la procédure d'évaluation, force est aussi de constater que « l'enjeu » de la médication est bien présent dès qu'un élève présente un problème d'attention ou d'hyperactivité en classe ou dès qu'une enseignante ou une intervenante psychosociale aborde la question d'une évaluation psychologique, psychosociale ou médicale avec les parents.

Pour la majorité des enseignantes ainsi que pour les autres intervenants de l'école, la médication constitue en effet une solution efficace, voire incontournable pour certains élèves chez qui un TDA/H a été diagnostiqué. Ils considèrent effectivement que la médication a généralement des effets très positifs pour améliorer la capacité d'attention et de concentration des élèves dans l'accomplissement de leurs tâches scolaires, diminuer ou atténuer des comportements indésirables comme l'impulsivité et l'agitation, les problèmes de comportement ou d'opposition. Envisagée sous cet angle, on peut donc affirmer, à la suite de plusieurs auteurs (Paradis, 2001; Lloyd, 2006; Lloyd, 2000, Cohen et coll., 1999; Doré et Cohen, 1996), que la médication s'inscrit globalement dans une vision fonctionnelle de la maladie dans la mesure où elle est envisagée en fonction du fonctionnement de l'environnement de l'école dans lequel se trouvent les élèves, de leur performance académique et en fonction des conditions et des exigences du milieu scolaire. Or, ce constat n'est pas sans poser quelques problèmes, car il semble bien par ailleurs que la question de la médication est loin de faire l'unanimité et qu'elle donne lieu à des positionnements parfois très divergents à propos du bien-fondé de l'usage du ritalin dans le traitement du TDA/H.

En effet, lorsqu'on interroge l'ensemble des intervenants sur l'importance de la médication, plusieurs d'entre eux se disent fort préoccupés par le fait que de plus en plus de jeunes consomment du ritalin. Ils considèrent également que la médication est une « béquille », une solution « facile », « temporaire » et à court terme. Néanmoins, l'analyse des représentations de la médication a aussi laissé apparaître des différenciations en fonction des groupes d'intervenants concernés. En effet, nous avons vu que le groupe des enseignants s'interroge généralement sur les effets « néfastes » du ritalin, pris sur une longue période, que nous avons déjà qualifiés comme étant les « effets pernicioseux » de la médication tandis que le groupe des autres intervenants de l'école semble davantage être concerné par le fait que la médication est trop souvent envisagée pour tenter de résoudre les différents problèmes que le milieu scolaire ne parvient pas à gérer de façon efficace ou appropriée dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDAH. Par contre, tous les intervenants, sans exception, considèrent que l'aide apportée aux élèves et à leurs parents ne peut consister uniquement en une seule médication et qu'elle doit forcément s'inscrire dans une approche multimodale, c'est-à-dire une approche permettant de développer et de mettre en place des interventions psychosociales et éducatives mieux adaptées aux problèmes identifiés chez les élèves qui présentent des symptômes associés à un TDAH.

Si l'acceptation généralement retenue par tous les intervenants de l'école concerne l'importance de mettre en place des modes d'évaluation et d'intervention adaptés aux besoins particuliers que les élèves qui démontrent des symptômes associés au TDAH dans le cadre scolaire, la façon de concevoir les divers problèmes rencontrés dans le processus de prise en charge de ces élèves est par contre très variable en fonction des deux groupes d'intervenants concernés. En effet, sans nettement s'opposer les uns aux autres, les représentations définissent les discours en se combinant plus ou moins différemment suivant les groupes, de sorte que certaines distinctions retiennent particulièrement l'attention. Alors que les enseignantes expriment leurs nombreuses frustrations par rapport au fait que certains élèves n'obtiennent pas les services nécessaires dans le cadre scolaire, plusieurs intervenants de l'école, notamment les trois intervenantes psychosociales se disent davantage préoccupées par le fait « qu'elles sont

généralement débordées », « surchargées » et incapables de répondre à toutes les demandes de services compte tenu du nombre de plus en plus important d'élèves qui leur sont référés, ce qui engendre forcément des délais importants sur le plan de la procédure d'évaluation, de l'intervention et du suivi des élèves sous toutes ses formes.

Par ailleurs, les enseignantes, contrairement aux autres intervenants de l'école insistent généralement beaucoup plus sur les limites auxquelles elles sont régulièrement confrontées pour intervenir auprès de certains élèves hyperactifs ou présentant des problèmes de comportement qui semblent mobiliser, bien qu'à des degrés divers, une attention plus soutenue de leur part, en raison des difficultés à composer avec les exigences et les normes de la culture scolaire. Comme les conduites de ces élèves se répercutent souvent sur les autres élèves du groupe parce qu'ils perturbent la dynamique et le fonctionnement de la classe, cette situation est perçue par plusieurs enseignantes comme étant une tâche très difficile, voire très exigeante, les obligeant continuellement à recourir à différentes stratégies d'intervention éducative qui ont déjà fait leur preuve en milieu scolaire (discipline, règles de fonctionnement de classe plus strictes, systèmes d'émulation et de modification de comportement, retrait de certains élèves, etc.) pour réorienter les conduites en cause et pour maintenir un climat de travail satisfaisant.

Ces situations auxquelles sont confrontées les enseignantes dans leur agir professionnel, ne peuvent toutefois être interprétées, pour reprendre les termes de Vincent et Garnier (2005), en dehors des « contraintes inhérentes au cadre didactico-pédagogique » dans lequel fonctionnent les enseignantes; leurs pratiques s'exerçant en effet dans le « contexte collectif d'une classe », en plus d'être réglées par un « contrat pédagogique et didactique » à l'intérieur d'un « espace-temps déterminé ». À ce titre, on peut donc affirmer que cette situation constitue un véritable « enjeu » pour les enseignantes en raison de leur niveau d'engagement et des spécificités de leur rôle professionnel. Le problème qui doit donc être souligné concerne en effet non seulement les limites auxquelles sont régulièrement confrontées les enseignantes dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H dans le cadre scolaire, mais aussi le sentiment d'impuissance que vivent ces mêmes enseignantes dans la poursuite du

mandat qui leur est assigné, soit celui de la réussite scolaire des élèves, contrairement aux autres intervenants de l'école dont le rôle professionnel est davantage centré sur le suivi individuel des élèves et l'importance d'apporter le support nécessaire aux enseignantes dans leurs modes d'intervention auprès de ces élèves.

Ainsi, il ne fait aucun doute que sur le plan de l'intervention éducative, l'ensemble de ces divers problèmes ne peuvent être appréhendés sans être « replacés » dans le cadre plus global dans lequel ils s'inscrivent, et plus précisément lorsqu'il s'agit pour les intervenants scolaires d'intervenir au quotidien auprès des jeunes présentant des symptômes associés au TDA/H. À ce titre, notre analyse du contexte et du fonctionnement de l'école présentée dans le chapitre IV a permis de mettre systématiquement en lumière les nombreux défis qu'ont à relever les intervenants scolaires pour répondre aux exigences et aux différents ordres qui leur sont formulés dans les politiques et encadrements légaux et réglementaires du système éducatif (et plus précisément la politique d'adaptation scolaire proposée par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ, 1999) ainsi que la publication d'un plan d'action concertée entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (2000) pour mieux soutenir les jeunes présentant un trouble de déficit de l'attention /hyperactivité. Parmi les différentes orientations et mesures proposées dans ces documents, nous avons pu constater que l'importance de miser sur les forces et les différentes ressources de ces élèves ne cesse d'être réaffirmée afin de pouvoir favoriser leur intégration dans le milieu scolaire tout en misant sur la mise en place des conditions de leur réussite éducative. De plus, on y retrouve également l'importance et l'urgence de favoriser une démarche de collaboration et de concertation entre les différents acteurs concernés, y compris les élèves touchés et leurs parents, afin de pouvoir parvenir à une compréhension commune des problèmes rencontrés et des moyens d'intervention à mettre en place dans le cadre scolaire. Cependant, bien que ces différentes mesures semblent être bien intégrées dans le discours de l'ensemble des intervenants que nous avons interrogés, il semble bien par ailleurs qu'elles ne parviennent que difficilement à s'installer dans la pratique. Notre analyse de la situation indique en effet clairement qu'une telle démarche de collaboration et de concertation entre tous les acteurs

concernés est parfois perçue par plusieurs comme étant une tâche très difficile et notamment pour les enseignantes lorsqu'il s'agit de planifier une première rencontre avec les parents pour discuter avec eux de certains problèmes de comportements ou même dans le cas précis qui nous concerne lorsqu'il s'agit d'aborder avec eux les problèmes d'hyperactivité que présente leur enfant dans le cadre scolaire. Si un lien de collaboration et de concertation avec les parents est généralement souhaité et fortement recherché, il semble toutefois constituer encore un défi important à relever dans le contexte actuel.

À ce titre, cette situation particulière fournit une base suffisante pour affirmer que la question du TDA/H et de la médication psychostimulante s'inscrit définitivement dans une problématique sociale que ce soit au titre des divers problèmes qu'elle suscite dans le cadre scolaire ou de la diversité des prises de position convergentes, parfois très divergentes entre les différents groupes d'acteurs concernés. Une telle problématique implique donc de se tourner résolument vers une perspective de groupe afin de saisir et de mieux comprendre les dynamiques sociales. On voit donc encore une fois l'intérêt que revêt la perspective théorique des représentations sociales dont le but est justement de pouvoir comparer et contraster différents groupes les uns par rapport aux autres pour montrer comment se font les ancrages sociaux (Garnier, 2000*b*) par rapport à une problématique sociale particulière.

2. Le TDAH et la médication psychostimulante : deux objets situés au sein d'un « système représentationnel »

L'analyse des représentations sociales à travers les différents niveaux d'analyse réalisés lors de cette étude a permis de mettre en évidence que le TDA/H et la médication psychostimulante ne sont pas des objets de représentations isolés (Flament, 1994), mais au contraire étroitement liés aux représentations que se font également les enseignants et les autres intervenants de l'école des concepts d'« enfant », d'« hyperactivité », de « discipline », du « rôle de l'école », du « médicament » et du « ritalin ». Elle a aussi permis de montrer que les représentations de ces différents concepts, sans s'opposer, laissent place à des écarts qui sous-tendent des différences suivant les niveaux d'implication et d'engagement différents qui prévalent dans chacun des groupes d'intervenants scolaires. En effet, les analyses des associations de mots entreprises, lors de la dernière phase de la recherche, permettent d'établir que les représentations de ces différents concepts, sans s'opposer les unes aux autres se structurent de façon différente et particulière autour de deux vecteurs : celui du contexte qui fait intervenir les concepts d'enfant, de discipline, de rôle de l'école et celui de la maladie auquel s'amalgament les concepts d'hyperactivité, de médicament et de ritalin.

En ce qui concerne le **premier vecteur**, l'analyse qui a été faite à partir des mots inducteurs ou des concepts d'« ENFANT » et d'« HYPERACTIVITÉ » renforce les résultats déjà révélés par l'analyse des entrevues en montrant que les représentations sociales des groupes d'intervenants étudiés sont largement teintées par une vision plutôt négative et critique de l'enfant ou de l'élève hyperactif et des difficultés que présentent ces élèves dans le cadre scolaire : cette vision de l'enfant hyperactif étant généralement associée à l'image de « l'enfant agité », « indiscipliné » et qui « perturbe le fonctionnement de la classe ». Si cette vision de l'hyperactivité s'oppose à celle de l'enfant « idéal », « sans problème » et, à la limite presque « mythique » (Piaser, 1999), force est aussi de reconnaître que la majorité des intervenants scolaires que nous avons interrogés considèrent également que plusieurs élèves hyperactifs sont particulièrement « intelligents », « vifs d'esprits » et généralement « plus curieux » sur le plan intellectuel que la moyenne des autres élèves de leur âge. Ce constat est particulièrement intéressant

à examiner sous l'angle des représentations sociales, car il semble bien mettre en évidence une représentation que nous avons déjà qualifiée de bicéphale : d'une part, l'élève hyperactif est perçu comme un enfant intelligent, ayant un grand besoin d'être continuellement stimulé et d'autre part, il est associé à l'image d'un « enfant en difficulté », incapable de répondre aux exigences du milieu scolaire. Ainsi, l'hypothèse que le concept d'hyperactivité et plus largement celui du TDA/H peut revêtir différentes significations et donner lieu à diverses interprétations semble encore une fois pouvoir être réaffirmée.

Dans cette perspective, nous avons pu constater lors des différentes phases d'analyse que ces représentations s'articulent plus ou moins différemment en fonction du rôle professionnel spécifique des intervenants scolaires dans leurs modes d'intervention auprès de ces élèves. Alors que la recherche de solutions efficaces pour gérer les « problèmes concrets » rencontrés dans la classe constitue une préoccupation de premier ordre pour l'ensemble des enseignantes que nous avons interrogées, les autres intervenants semblent au contraire beaucoup plus préoccupés par les nombreux défis à relever et les exigences à rencontrer pour apporter le support « nécessaire » et « approprié » aux enseignantes dans la gestion de ces différents problèmes. La distinction entre les groupes d'intervenants devient alors précise et reflète bien comme l'ont déjà montré plusieurs auteurs (Bataille et coll., 1997, Piasser, 1999; Garnier et coll., 2005) des visions différentes de la situation qui se profile en fonction des niveaux d'engagement, d'implication et de préoccupations professionnelles différentes.

Le concept de DISCIPLINE présente aussi des représentations qui mettent en jeu ce décalage entre les deux groupes d'intervenants suivant des spécificités relatives à ces types d'acteurs. Dans la pratique professionnelle, cette question de la discipline revêt en effet une importance particulière pour les enseignants comme la discussion précédente a largement permis de mettre en évidence, car la gestion de classe est souvent synonyme de « difficultés » et d'un certain « dysfonctionnement » avec lequel elles ont à composer au quotidien. En conséquence, si les enseignants associent de façon récurrente le concept de discipline à la « rigueur », et à « l'encadrement » « des élèves », nous avons pu

constater que les autres intervenants de l'école se singularisent par l'importance qu'ils accordent à l'importance de la discipline pour les élèves (la discipline est positive, nécessaire et importante) et aux différentes formes qu'elle doit revêtir au niveau de sa régulation (si elle est nécessaire, elle implique toutefois une certaine souplesse et des conditions favorables pour assurer une bonne relation avec l'élève). Il apparaît ainsi que cette question de la « rigueur » associée à la discipline marque davantage le groupe des enseignants contrairement à celui des autres intervenants de l'école. Elle symbolise le versant plus « strict » et « rigide » de la discipline en faisant intervenir une fois de plus les nombreuses préoccupations des enseignants lorsqu'il s'agit d'encadrer, d'imposer des limites aux élèves hyperactifs ou qui présentent des conduites inappropriées en classe.

Contrairement aux concepts d' « ENFANT », d' « HYPERACTIVITÉ » et de « DISCIPLINE », celui associé au « RÔLE DE L'ÉCOLE » présente un mode d'articulation identique des représentations dans les deux groupes d'intervenants, reflétant ainsi un fort consensus au niveau de la représentation que se font les uns et les autres de l' « école » et de leur rôle professionnel dans la prise en charge des élèves présentant ou non un TDA/H. Tantôt déterminée par une volonté d'influencer, d'éduquer et d'orienter, (les actions éducatives), tantôt déterminée par une volonté d'enseigner, de former, de faire apprendre, d'aider et de soutenir (les actions d'enseignement), la visée globale éducative varie peu en fonction des préoccupations professionnelles. Selon que l'on se réfère aux pratiques professionnelles mises en lumière dans les discours, il semble bien que la logique qui les imprègne témoigne d'une certaine forme d'adhésion comme l'avait aussi révélé l'étude de Vincent et Garnier (2005) au discours institutionnel et plus précisément « aux principes éducatifs promus dans les encadrements légaux et réglementaires » (Loi sur l'instruction publique, Politique éducative, Politique d'adaptation scolaire, etc.). Toutefois, si ce discours institutionnel semble être largement reconnu et intégré dans le discours de la majorité des intervenants que nous avons interrogés, il faut toutefois mentionner que le « rôle de l'école » fait rarement l'objet d'une analyse critique malgré les nombreux problèmes identifiés au niveau du processus de prise en charge des enfants présentant un TDA/H

dans le milieu scolaire. Ainsi, tout semble se passer comme si ce rôle est rarement remis en question dans ses divers modes d'action, lesquels sont par ailleurs considérés par plusieurs comme étant insuffisants pour répondre de façon appropriée aux besoins particuliers que présentent ces élèves. En conséquence, l'analyse des représentations sociales semblent refléter encore une fois une vision bicéphale, c'est-à-dire une vision plutôt « conformiste » du rôle de l'école par rapport à une vision « pragmatique » où la confrontation du réel fait systématiquement basculer un grand nombre d'intervenants dans une certaine forme d'insécurité dans l'exercice de leur rôle et de leurs activités professionnelles spécifiques.

En ce qui concerne maintenant **le second vecteur**, les analyses renforcent l'idée que la représentation du TDA/H ne peut être appréhendée indépendamment des représentations que se font également les intervenants scolaires de l'hyperactivité, du médicament et du ritalin. Si ce lien était déjà très présent dans les analyses des entretiens, il se voit encore une fois de plus réaffirmé dans les résultats des associations de mots. En effet, il ne fait aucun doute que même si le diagnostic du TDA/H fait l'objet de nombreux questionnements chez l'ensemble des intervenants scolaires que nous avons rencontrés et interrogés, il apparaît toutefois, comme nous avons déjà eu l'occasion de le souligner à plusieurs reprises au cours de ce travail, que la médication et en l'occurrence le RITALIN constitue, de l'avis de plusieurs, une solution efficace à court terme et parfois même nécessaire nonobstant les nombreux doutes et réticences exprimés à son propos. Par ailleurs, malgré ces nombreuses interrogations et remises en question liées au ritalin qui reviennent de façon récurrente dans l'ensemble des discours, nous avons également pu constater que les enseignants se distinguent généralement des autres intervenants de l'école par le fait qu'ils associent généralement la médication aux « symptômes liés au TDA/H », contrairement aux autres intervenants de l'école qui semblent être davantage partagés entre une vision critique de la médication (ses effets, les cas d'abus possibles et les problèmes de surconsommation pouvant y être associés) et une vision plus positive centrée sur son importance et ses effets positifs dans le traitement de ce trouble particulier. Ce décalage entre les représentations sociales dans les deux groupes doit nécessairement être pris en compte, car il reflète fidèlement les

diverses contradictions qui apparaissent dans les positions prises par les uns et les autres où deux visions, l'une positive, l'autre négative, s'affrontent continuellement dans l'ensemble des discours.

Ainsi, l'ensemble de ces réflexions permet de saisir la façon dont s'articulent ces différents concepts entre eux, mais aussi d'en saisir les fluctuations d'un groupe à l'autre. L'organisation de ces concepts et des significations sociales que les acteurs de ces groupes leur accordent, semble ainsi jouer un rôle considérable dans les différents éléments qui interviennent dans le champ représentationnel plus large relatif au TDA/H et à la médication psychostimulante. Sans nettement s'opposer les uns aux autres, il semble bien que les représentations de ces différents concepts définissent les discours en se combinant plus ou moins différemment suivant l'ancrage professionnel spécifique à chacun des groupes qui oriente globalement leur vision et leur position.

En conséquence, ces différents résultats où les enseignants autant que les autres intervenants de l'école ne mettent pas en jeu des objets de représentation isolés les uns des autres, mais au contraire correspondent pour reprendre les termes de Garnier et Lévy (2007) « une constellation de ceux-ci » qui se structure différemment dans un « système représentationnel » en fonction des niveaux d'implication, d'engagement et des rôles différents des groupes d'intervenants de l'école. Cette idée de considérer ces liens possibles entre plusieurs objets de représentation avait déjà été suggérée par plusieurs auteurs dont Morin (1994) qui parlait également d'une fédération conflictuelle de représentations, à propos du sida mais aussi chez d'autres auteurs, en particulier de Rosa (1995) qui a fait plusieurs allusions à des constellations, systèmes ou réseaux de représentations liées à la maladie mentale. On la retrouve également chez Guimelli (1994), Mardellat (1994), Garnier et coll., (2005) ou encore Piasser (1999) dont les travaux ont largement contribué à jeter un certain éclairage sur les rapports qu'entretiennent certains concepts-clés dans une profession.

Dans le cas qui nous concerne, on peut donc avancer que ces différents concepts ou objets se combinent et s'articulent entre eux, dans un système complexe et ouvert (Garnier, 2007) pour permettre à un objet plus large, soit celui du « TDA/H » et de la

« médication psychostimulante », de servir de cadre à une pratique qui en l'occurrence n'est autre ici que professionnelle. On pourrait alors parler d'un système représentationnel dans lequel les représentations de ces objets sont circonscrites par le cadre conceptuel de l'univers professionnel des intervenants scolaires et des objets constitutifs de leurs pratiques professionnelles. En d'autres termes, la situation déborde la seule représentation que se font les intervenants scolaires de la « maladie » ou de la « médication » et l'on voit bien tout l'intérêt d'une analyse tenant compte de cette configuration plus ou moins articulée de concepts définissant la situation des intervenants dans leurs pratiques professionnelles. À cette étape de notre réflexion, toutes les conditions semblent être bien réunies pour affirmer qu'une telle investigation mériterait d'être approfondie dans des recherches futures afin d'en mesurer la portée empirique.

3. Les principaux apports méthodologiques de l'étude de cas, ses principales limites et autres pistes de recherche

Nous avons mentionné très tôt, au début de cette thèse, l'intérêt particulier que revêt l'étude de cas ainsi que l'approche « multiméthodologique » (Abric *a*, Abric, 2003), qui a été privilégiée dans le cadre de cette recherche, (c'est-à-dire une approche alliant différentes méthodes d'enquête et d'analyses à la fois qualitatives et quantitatives) pour saisir les représentations dans la dynamique des interactions sociales qui s'établissent entre les intervenants scolaires à propos du TDA/H et de la médication psychostimulante.

Dans cette perspective, l'analyse du contexte de l'école réalisée lors de la première phase de la recherche s'avère particulièrement riche en ce qu'elle a permis, de non seulement recueillir différents indicateurs sur le fonctionnement de l'école dans ses modes d'intervention auprès des élèves présentant des symptômes associés au TDA/H, mais aussi de fournir des bases de comparaisons utiles, entre autres, des taux de prévalence du nombre d'élèves effectivement diagnostiqués du TDA/H et soumis à une médication psychostimulante avec ceux généralement rapportés dans la littérature scientifique. Notamment, l'enquête de type sondage réalisée auprès des enseignants et de l'ensemble du personnel de l'école révèle un taux de prévalence d'élèves présentant des symptômes associés au TDA/H qui reflète fidèlement celui généralement rapporté en Amérique du nord et en particulier par l'*American Psychiatric Association*, (*American Psychiatric Association*, 1994). Elle a également permis de mettre en évidence que le nombre de filles consommant une médication psychostimulante est largement inférieur à celui des garçons (2 filles contre 12 garçons) et concentré au premier cycle du primaire contrairement à une importante progression chez les garçons de la 2^e année à la 4^e année, atteignant son apogée en 3^e année, pour ensuite diminuer et se stabiliser de la 4^e à la 6^e année.

Ce constat est particulièrement intéressant à souligner, car plusieurs études ont déjà rapporté des résultats très similaires (Frankenberger et coll., 1990; Rees, 1998; CRUM, 1999, 2003), en l'occurrence celle réalisée par Cohen et coll., (1999) il y a déjà

plusieurs années dans des commissions scolaires de la région de Laval et qui avait permis de mettre systématiquement en lumière ces différences dans les taux de consommation de la médication psychostimulante variant selon le sexe chez les élèves du primaire. Par ailleurs, si notre étude a été réalisée dans un contexte postérieur à celle de Cohen et coll. (1999), il faut aussi reconnaître que ce phénomène semble être récurrent bien qu'il s'inscrive dans un contexte « éducatif » et « socio-politique » tout à fait distinct. Rappelons, en effet, brièvement que dans la foulée de la nouvelle réforme de l'éducation, le ministère de l'éducation du Québec (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux rendaient, dans un rapport rendu public en 2000, un nouveau plan d'action pour précisément mieux soutenir les jeunes présentant un TDA/H et les différents acteurs, dont les intervenants scolaires, dans leurs modes d'intervention auprès de ces jeunes. Ce rapport, dont nous avons déjà présenté les principales orientations dans le chapitre IV, a également donné lieu à la publication de lignes directrices émises conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2001) pour faire suite aux nombreuses controverses entourant le taux d'augmentation croissant de l'usage des stimulants du système nerveux central chez les jeunes d'âge scolaire.

Or, si ces documents officiels ont donné lieu à une large diffusion médiatique dans le monde de l'éducation et auprès des intervenants en santé, il semble bien, par ailleurs, que l'ensemble des actions et mesures proposées n'aient pas eu l'effet ou les retombées désirées dans le cadre particulier de l'école qui nous préoccupe dans cette étude. En effet, nous n'avons retenu aucun propos ou autres références à ces nouvelles mesures chez les intervenants scolaires que nous avons rencontrés et interrogés. Pourtant, ces mesures ont fait l'objet d'une vaste diffusion auprès des acteurs concernés notamment à travers les sites Internet du ministère de l'éducation du Québec (MEQ) ou des documents officiels circulant à l'intérieur même des différentes commissions scolaires. Au contraire, les propos des intervenants interrogés montrent que l'orchestration des services à mettre en œuvre dans le processus de prise en charge des élèves présentant un TDA/H est toujours perçue comme problématique lorsqu'il s'agit d'apporter le soutien et l'encadrement nécessaires et appropriés aux besoins particuliers

que présentent ces élèves. La question qui se pose alors est de savoir dans quelle mesure ces différentes actions étaient encore trop récentes au moment où a été réalisée cette étude, ce qui expliquerait en partie le fait qu'elles ne soient pas mentionnées ou qu'elle ne soient pas connues des intervenants ou si, au contraire, il s'agit d'une « situation particulière » à l'école dans laquelle nous avons fait cette étude. En d'autres termes, on peut se demander si le même constat aurait pu être observé dans le cadre d'autres écoles.

Cette question est toutefois complexe et il semble difficile d'y répondre sans faire référence à une autre question qui est celle « de la généralisation » telle « qu'on la comprend intuitivement » (Pires, 1997). Disons d'abord, pour reprendre les termes de Pires (1997), que cette question est loin de faire l'unanimité, car il existe différentes formes de généralisation (notamment théorique, statistique, empirique ou empirico-analytique) et « qu'il n'y en a aucune qui soit applicable à tous les types de recherche ». En effet, qu'il s'agisse de recherches quantitatives ou qualitatives, cette question suscite encore aujourd'hui de nombreux débats (Znaniecki, 1934; Morin, 1969; Morrison et Henkel, 1970; Moles, 1990, Pires, 1997) et en particulier, en ce qui concerne les études de cas :

« parce que lorsqu'elles sont bien menées, elles permettent une description en profondeur du cas, donnant lieu à une richesse de détails et à une mise en valeur de certains traits distinctifs. Cet effet produit un effet « d'individualisation du cas qui, considéré dans son ensemble, paraît dès lors comme impossible à « généraliser ». De la même façon qu'on dit que chaque personne est unique » si l'on apprécie les détails, le chercheur peut découvrir, après une description en profondeur, que son cas est unique. C'est le problème d'échelle et de projection : le processus d'approfondissement et celui de généralisation sont orientés dans des directions opposées » (Pires, p. 151-152)

Par ailleurs, « le fait d'avoir un seul cas n'empêche pas une certaine forme de généralisation » (Pires, 1997) et on peut penser à la suite de Bourdieu (1992) que lorsque le cas particulier est bien choisi ou « bien construit », il cesse d'être particulier et peut contribuer de façon significative à la connaissance. Chercher dans un cas concret les caractéristiques qui lui sont constitutives en présupposant qu'elles sont essentielles peut en effet conduire, comme le précise Pires (1997), à penser qu'elles peuvent s'appliquer à

d'autres cas similaires tout en subissant des adaptations partielles ou locales en fonction des contextes de recherche.

À ce titre, nous avons déjà précisé que le choix de l'école dans la situation qui nous concerne n'a pas été fait pour des raisons statistiques, mais au contraire en fonction de l'intérêt que le choix de ce cas pouvait susciter (Stake, 1994) pour atteindre les objectifs visés dans le cadre de cette étude. En d'autres termes, ce qui est visé n'est pas de pouvoir procéder à des généralisations théoriques ou empiriques, mais plutôt d'exploiter et d'approfondir certains aspects théoriques de la théorie des représentations sociales pouvant servir éventuellement à « la constitution ou l'enrichissement d'un corps de connaissances transmissibles et utiles pour l'étude d'autres cas » (Leplat, 2002). En fait, la question-clé n'est donc pas de savoir combien d'écoles faut-il considérer pour parler des représentations sociales dans l'ensemble des écoles? Mais bien : quelles sont les principaux indicateurs, les propriétés ainsi que les différents processus pouvant conduire à mieux comprendre les représentations sociales du TDA/H et de la médication psychostimulante dans ce système à la fois professionnel et social qu'est l'école primaire?

C'est donc dans cette perspective que nous croyons qu'il serait souhaitable de pouvoir valider la méthodologie employée dans cette étude descriptive et exploratoire, en utilisant d'autres études de cas et d'autres données populationnelles.

Notre étude a été réalisée, comme nous avons déjà eu l'occasion de le préciser dans le chapitre IV, dans une école urbaine dont les familles des élèves proviennent de tous les niveaux socio-économiques et de milieux socio-culturels différents sans toutefois être caractérisée comme étant un milieu multiculturel (l'école étant classée dans le premier tiers en terme de milieu multiculturel suivant les statistiques publiées par le ministère de l'Éducation du Québec). Il serait toutefois intéressant d'envisager, dans une perspective de recherche future, des écoles avec des profils différents (d'origine rurale, par exemple) et notamment d'origines culturelles variées. Plusieurs données statistiques et données épidémiologiques réalisées tant au Québec (C.R.U.M., 2001), qu'au Canada (Brownell et Yogendran, 2001) ou en Amérique du Nord (Barkley, 1998;

American Psychiatric Association, 1996; Goldman et coll., 1998) révèlent en effet que les taux de prévalence du diagnostic du TDA/H et de l'utilisation de psychostimulants peuvent considérablement varier chez les jeunes en fonction du sexe, de l'âge, du niveau socioéconomique et suivant les régions (urbaines ou rurales). Par exemple, une étude proche de nous, réalisée par Cohen et coll. (1999) dans des écoles de la région de Laval, avait déjà permis de mettre en évidence un taux de consommation de psychostimulants moindre chez les élèves de commissions scolaires anglophones contrairement aux commissions scolaires francophones, ce qui a conduit ces auteurs à soulever le problème fondamental de l'influence des facteurs culturels et aussi la manière dont ceux-ci peuvent contribuer au dépistage, au diagnostic et au traitement du TDA/H. L'hypothèse avancée, toujours selon les auteurs de cette étude, est que cette différence pourrait aussi découler de facteurs organisationnels ou administratifs, ainsi que de différentes procédures d'évaluation en vigueur dans les commissions scolaires. En d'autres termes, tout semble se passer comme si, non seulement les facteurs sociaux et culturels jouent un rôle fondamental dans la problématique du TDA/H, mais aussi que des « cultures » différentes dans la manière de gérer les problèmes peuvent également conduire à des modes d'intervention différents dans le processus de prise en charge des élèves dans le milieu scolaire.

Tous ces facteurs sont à considérer et doivent être pris en compte, car ils semblent jouer un rôle important sur les pratiques des intervenants scolaires ainsi qu'au niveau du rôle que peut jouer l'« École » dans le choix des types d'intervention à privilégier, notamment dans la recommandation d'une médicalisation des problèmes que présentent les jeunes dans le milieu scolaire. Or, ce phénomène de médicalisation s'inscrit dans une logique marchande de mise à disposition de traitements pour ce trouble particulier qui a par ailleurs ouvert la voie à un important marché pharmaceutique. Dans le cas qui nous concerne, nous avons limité notre champ d'étude à la médication psychostimulante, particulièrement le ritalin, mais au cours des dernières années, la mise en marché de nouveaux médicaments a largement contribué à diversifier

l'arsenal thérapeutique¹², ce qui a d'ailleurs conduit récemment le Collège des médecins du Québec (2006) à effectuer une mise à jour des lignes directrices du traitement pharmacologique du TDA/H. Compte tenu de ce contexte particulier, il s'avère donc nécessaire de cerner les représentations que se font les intervenants scolaires de ces nouveaux médicaments. Par exemple, peut-on penser que les représentations de ces différents médicaments sont les mêmes peu importe la classe à laquelle ils appartiennent ou, au contraire, spécifiques en fonction de la popularité de certains au détriment d'autres? Ces médicaments suscitent-ils le même engouement que le ritalin à l'origine ou à l'inverse, soulèvent-ils de nouveaux questionnements? Et qu'en est-il maintenant du rôle et de l'importance accordée au ritalin contrairement à ces autres médicaments? Quels sont les problèmes soulevés ou les principales préoccupations que suscitent le recours à ces différents médicaments?

Ces divers questionnements pourraient susciter de multiples pistes de recherche et en particulier mener à mieux comprendre les différents enjeux sociaux et symboliques que pose la problématique du TDA/H et de son traitement médicamenteux dans le contexte scolaire. Mais le poids de ces différents enjeux ainsi que celui lié à une médicalisation toujours croissante des élèves présentant des symptômes associés à un TDA/H ne doit toutefois pas faire oublier que les intervenants scolaires restent acteurs dans leur rapport à la prise en charge de ces élèves et bénéficient d'une certaine marge de négociation dans la construction de la représentation qu'ils se font de la « maladie » et dans l'adoption des modes d'intervention qu'ils adoptent pour aider ces élèves. Étudier les représentations de ces divers intervenants, à l'aide d'études de cas réalisées dans les écoles primaires, s'avère une perspective de recherche fort prometteuse pour, d'une part, mieux comprendre comment se posent les problèmes dans différents

¹² Diverses classes de médicaments sont actuellement fréquemment utilisées dans le traitement du TDAH : **Classe des psychostimulants** (Médicaments à courte durée (par exemple le Ritalin®, Apo-méthylphénidate MD; PHL, Methylphenidate MD; PMS-MethylphenidateMD, Ratio-Methylphenidate MD) Médicaments à durée d'action intermédiaire (Ritalin SR MD : Dexedrine MD), Médicaments à longue durée d'action (Concerta MD); **Famille des amphétamines** (Adderall XR MD), Le méthylphénidate HCl, ou OROS, (Concerta MD); **Classe des non-stimulants** (Latomoxétine (Strattera MD) (Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, Traitement pharmacologique (mise à jour). Lignes directrices du Collège des médecins du Québec, 2006).

contextes, et d'autre part, pour fournir des bases de comparaison utiles permettant, entre autres d'évaluer l'impact de programmes futures d'évaluation, d'intervention et de suivi de ces jeunes dans le milieu scolaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Abramowitz, A. L. et coll. (1992). "ADHD Children's Responses to Stimulant Medication and two Intensities of a Behavioral Intervention". *Behavior Modification*, 16, 193-203.
- Abric, J.-C. (2003). « La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales ». Dans *Méthodes d'étude des représentations sociales* (Sous la direction de Jean-Claude Abric), (p. 59-80). Éditions érès.
- Abric, J.-C. (Éd.). (1994a). « Méthodologie de recueil des représentations sociales ». Dans *Pratiques sociales & représentations* (sous la direction de Jean Claude Abric. (p. 59-82), Paris, Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (Éd.). (1994b). « Les représentations sociales : aspects théoriques ». Dans *Pratiques sociales & représentations* (sous la direction de Jean-Claude Abric).(p. 11-35). Paris, Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1994c). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1987) *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset, Suisse : DelVal. Abric, J.-C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. Thèse de doctorat d'État, es lettres, Aix en Provence, Université de Provence.
- Allison, G et Zelikow, P. (1999). *Essence of Decision : Explaining the Cuban Missile Crisis*, New York, Addison-Wesley.
- American Academy of Pediatrics (2000). "Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Committee on quality Improvement. clinical practice guideline: treatment of the school-aged with attention-deficit/Hyperactivity disorder". *Pediatrics*; 108 : 1033-1044.
- American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Version française complétée des codes CIM-10. Coordinateur général de la traduction française, Julien-Daniel Guelfi et coll., Masson, Paris, 1996, p.65-66.
- American Psychiatric Association-DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4^e édition (Version Internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, p. 100-101.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, (DSM 1V). Washington DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Revised Third Edition. Washington DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Hyperkinetic Reaction of Childhood (of adolescence) : DSM-11: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Washington : American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A.D. & Barkley, R.A. (1992). "Attention deficit-hyperactivity disorder". Dans C.E. Walker & M.C. Roberts (Eds), *Handbook of clinical child psychology* (2^e édition, p.413-430). New York : John Wiley And Sons.
- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L. & DuPaul, G.J. (1992). "Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Armstrong, T. (2002). *Déficit de l'attention et hyperactivité : stratégies pour intervenir autrement en classe*, traduction et adaptation par Sirois, G., Chenelière/Mcgraw-Hill, 2002.
- Armstrong, T. (1996). "ADD : does it really exist ?". *Phi delta kappan*, 77(6), 424-428.
- Auger, H. (1979). *Symbole, fonction, histoire. Les interrogations de l'anthropologie*. Paris : Hachette
- Augé, M. et Herzlich, C. (1983). *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- August, G.L., Realmuto, G.M., MacDonald, A.W., Nugent, S.M. & Crosby, R. (1996). "Prevalent of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behaviour". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 571-595.
- Babcock, Q., & Byrne, T. (2000). "Student Perceptions of Methylphenidate Abuse at a Public Liberal Arts College". *Journal of American College health*, vol. 49, November 2000, p. 143-145.
- Barabasz, M. et Barabasz, A. (1996). "Attention deficit disorder : Diagnosis, Etiology and Treatment". *Child Study Journal*, vol. 26, n° 1, 1-37.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France.

- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France, (10^e édition).
- Barkley, R. A. (1999). *16th Annual Cape Cod Summer Symposia*. New England Educational Institute, Cape Cod, August.
- Barkley, R. A. (1998a). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 2nd Edition, New York, London, Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998b). "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". *Scientific American*, September, 66-71.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of the self control*. New York, The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1996). « Dix-huit façons de rendre un système de jetons plus efficace avec les TDHA », traduit par C. Robitaille, « ADHD Report », New York, vol. 4, n° 4.
- Barkley, R. A. (1994). « Avant-propos ». Dans Dupaul G J. & G Stoner, *ADHD in the schools : Assessment and Interventions Strategies*. New York, The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, New York, NY : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press.
- Barkley, R. A., Grodzinski, G., & DuPaul, G.J. (1992). "Frontal Lobe Functions in Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity : A review and Research Report". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (2), 163-188.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. & Smallish, L. (1991). "The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria : 111. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32, 233-255.
- Barkley, R. A., McMurray, M. B., Edelbrock, C. S., & Robbins, K. (1990). "Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder : A systemic placebo-controlled evaluation". *Pediatrics*, 86, 184-192.
- Baughman, F. A. Jr. (1998). The totality of the ADD/ADHD fraud, Consulted May 18, 2003 from <http://www.adhdfraud.com>.

- Bataille, M., Blin, J. F., Jacquet-Mias, Ch., Piasser, A. (1997). « Représentations sociales, représentations professionnelles, systèmes des activités professionnelles ». Dans *L'année de la recherche en Éducation*, Année, 1997, Paris, Presses Universitaires de France.
- Bellelli, G. (Ed.) (1987). *La représentation sociale de la maladie mentale*. Naples : Ligouri.
- Benbasat, I., Goldstein, D. K., et Mead, M. (1983). "The Case Research Strategy in Studies of Information Systems", *MIS Quartely*, 11(3), 369-386.
- Bender, W. et McLaughlin, P. J. (1995). "The ADHD Conundrum". *Intervention in School and Clinic*, vol. 30, n° 4, p. 196-197.
- Berger, P et Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality : A Treatise its the Sociology of Knowledge*, Garden City, New York : Anchor Books.
- Biederman, J. et coll. (1999). "Pharmacotherapy of Attention/Deficit/Hyperactivity. Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder", *Pediatrics*, vol. 104 (2), Août.
- Biederman, J., Wilwns, T., Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfsister, K., Jetton, J. G. & Soriano, J. (1997). "Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 221-29.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., Greene, R. W., & Russell, R. L. (1996). "Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? : Findings from a four-year follow-up study of children ADHD". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1193-1204.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, S., Warbuton, R. & Reed, E. (1995). "Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder". *Archives of General Psychiatry*, 52, 464-470.
- Bilodeau, R., et Paris, C. (2000). *Modèle d'intervention et de soutien auprès des élèves présentant un trouble déficitaire de l'Attention/hyperactivité à l'École secondaire*, Ecole secondaire Joseph-Hermas-Leclerc.
- Birch, H. T. (1964). *Brain Damage in Children : The Biological and Social Aspects*. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Blin, J. F. (1997). *Représentations, pratiques et identités Professionnelles*, Paris, Éditions L'Harmattan.

- Bouchard, L. et Cohen, D. (1995). « Présentation » dans : *Médicalisation et contrôle social. Actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) dans le cadre du 62^e Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS)*. Sous la direction de Louise Bouchard et David Cohen, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP). Les cahiers scientifiques, 84, p. 1-8.
- Bourin, M. Le Melleo et Malinge, M. (1995). « Pharmacologie expérimentale et clinique des psychostimulants ». *Can J Psychiatry*, vol. 40, septembre, p. 401-410.
- Bourdieu, P. (1980). *Le Sens pratique*, Paris, Éd. De Minuit.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction, critique sociale du jugement*, Paris, Éd. De Minuit, Le sens commun.
- Bourdieu, P. (1977). « La production de la croyance : contribution à une économie des biens symboliques ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 13.
- Bourdieu, P. (1992). *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.
- Bourin, M. et Charpentier, A. (1986). « Mécanismes d'action supposés de quelques effets comportementaux de l'amphétamine ». *J Psy Biol. Ther*, 23 : 4-8.
- Bradley, C. (1937). "The Behavior of Children Receiving Benzedrin". *American Journal of Psychiatry*, vol. 94.
- Braswell, L. & Bloomquist, M. L. (1991). *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children : Child, Family and School Interventions*, Guildford Press.
- Breggin, P. R. & Breggin, G. R. (1994). *The War against Children*. St. Martin's Press. New York.
- Brown, T. (1996). *Attention Deficit Disorder, Predominantly Inattentive Type, Children and Adult with Attention Deficit Disorders*, facts 9.
- Brown, S. A., Mott, M. A. & Stewart, M. A. (1992). "Adolescent alcohol and drug abuse". Dans C. E. Walker & M. C. Roberts (Éds.), *Handbook of clinical child psychology* (2^e éd., p. 677-693). New York : John Wiley and Sons.
- Brownwell, M. D. et Yogendran, M. S. (2001). "Attention-deficit hyperactivity disorder in Manitoba children : medical diagnosis and psychostimulant treatment rates". *Can J Psychiatry*, 46, 264-272.

- Buitelaar, J. K., van der Gaag, R. J., Swaab-Barneveld, H. & Kuiper, M. (1996). "Pindol and méthylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Clinical efficacy and side effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 587-595.
- Burgess, R. G. (1982). *Field Research : A Source book and a Field Manual*, Londres, George Allen and Unwin.
- Burks, H. (1960). The Hyperkinetic Child. "Exceptional Children", 27, 18.
- Cade, B. (1990). "The mini-tornado : turning 'hyperactivity' into energy". *Family therapy case studies*, 5 (1), 45-50.
- Cadieux, A., Leduc, A. (1992), Identification des enfants à risque de retards scolaires, *Apprentissage et Socialisation*, 15, 101-108.
- Cantwell, D. P. (1996). "Classification of child and adolescent psychopathology". *J Child Psychol Psychiatry*; 37: 3-12.
- Carlson, C. (1986). "Attention Deficit Disorder without Hyperactivity: "A Review of Preliminary Experimental Evidence". Dans B. Lahey and A. Kazdin (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology* (vol. 9, p. 153-176). New York : Plenum.
- Carson, C. C. & Butcher, J. N. (1992). *Abnormal psychology and modern life (9^e édition)*. New York: Harper Collins Publishers Inc.
- Chapoulié, J. M. (1984). « Everett C. Hugues et le développement du travail de terrain en France ». *Revue française de sociologie*, 25 (4), 582-608.
- Chauchat, H. (1985). « L'observation ». Dans *L'enquête en psychosociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 87-120.
- Chesapeake Institute, (1995). *Enseigner aux élèves présentant des troubles de l'attention accompagnés d'hyperactivité*. Institut Chesapeake : traduction par Isabelle Tremblay; adapté par Royer, E. (Ed.). Lévis; Corporation École et comportement.
- Cicourel, A. (1972). *Cognitive sociology : Language and meaning in social interaction*. New York : Free Press.
- Christian, J. M. (1997). "The body as a site of reproduction and resistance: attention deficit hyperactivity disorder and the classroom". *Interchange*, 28 (1), 31-43
- Clegg, J. A. (1993). "Putting person first: a social constructionist approach to learning disability". *British journal of clinical psychology*, 32 (4), 389-406.

- Clémence, A. (2003). « L'analyse des principes organisateurs des représentations sociales ». Dans *Les méthodes des sciences humaines*. J. C. Abric. Ramonville Saint-Agne, Erès : 165-178.
- Clémence, A., Doise, W., de Rosa, A.M., Gonzalez, L. (1995). « La représentation sociale des droits de l'homme : une recherche internationale sur l'étendue et les limites de l'universalité ». *Journal International de Psychologie*, 30(3), 181-212.
- Cohen. D. (2006). "Critiques of the ADHD". Dans *Critical News Perspectives on ADHD*. Edited by Gwynedd, L., Stead, J and Cohen, D. Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York, 12-33.
- Cohen, D., Mc Cubbin, M., Collin, J., Pérodeau, G (2001). *Medications as social phenomena*. SAGE Publications (London). Thousand Oaks and New Delhi, vol 5(4): 441-469.
- Cohen, D., Clapperton, I., Gref, P., Tremblay, Y., Cameron, S. (1999). *Déficit d'attention/hyperactivité : perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*. Projet de recherche mené dans le cadre de Concours de projets en santé publique 1997-1998 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval. Avril 1999. Dépôt légal Bibliothèque nationale du Québec. Bibliothèque nationale du Canada. ISBN 2-921606-36-4.
- Cohen, D. et Collin, J. (1997). « Consommation de médicaments psychotropes et toxicomanies chez les enfants et les adolescents ». Dans *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: recension et analyse des écrits*. Recension des écrits entreprise pour le Groupe de travail sur la prévention et la toxicomanie, novembre, Université de Montréal, chap. 5, 78-114.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2001). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Collignon, R. (1989). « Pour un retour sur les "culture-bound syndroms" en psychiatrie transculturelle ». *Santé, Culture, Health*, 6, 2, 149-162.
- Collin, J., Doucet, H., Lafortune, D., Monnais, L., Otero, M., Blanc, M. E., Proulx, M., (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. MÉOS (Équipe de recherche sur le médicament comme Objet Social, GRASP (Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention), Université de Montréal. Édition produite par le Conseil de la Santé et du bien-être. Gouvernement du Québec.

- Comité de revue de l'utilisation des médicaments (C.R.U.M.), (2001). *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention /hyperactivité*. Rapport d'étude. Québec : CRUM, 79 pages.
- Comité-conseil sur le TDA/H et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. (2000). *Rapport, Québec : Ministère de l'éducation, Ministère de la Santé et des Services sociaux*.
- Conners, C. K. (1997). "Is ADHD a Disease ?". *Journal of Attention Disorder*, vol. 2, 1, 3-17.
- Conners, K. J. S. et coll. (2001). "Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Expert Concensus Guidelines". *Journal of Attention Disorder*, vol. 4, suppl. 1.
- Conrad, P. (1995). « Médicalisation et contrôle social ». Dans *Médicalisation et contrôle social*. Actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) dans le cadre du 62^e Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS).
- Conrad, P. (1977). "Medicalization, Etiology, and Hyperactivity : A Reply to Whalen and Henker". *Social Problems*, 24 : 596-298.
- Conrad, P. (1976). *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*. Lexington Books. D. C. Health and Company Lexington, Massachusetts, Toronto, London.
- Conrad, P. (1975). "The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behaviour". *Social Problems*, 23 : 12-21.
- Conseil supérieur de l'éducation (2002). *L'organisation du primaire en cycles d'apprentissage : une mise en oeuvre à soutenir*. Qc. Gouvernement du Québec.
- Conseil supérieur de l'éducation. (1996). *L'intégration scolaire des élèves handicapés et en difficulté*. Ste-Foy, (Qc) : Conseil supérieur de l'éducation.
- Council on Scientific Affairs (1998). American Medical Association. *JAMA*, 279:1100-7.
- Corrigal, R. & Ford, T. (1996). « Methylphenidate euphoria (Lettre à l'éditeur) ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1421.
- Cramond, B. (1994). "Attention-deficit hyperactivity disorder and creativity : What is the connection ?". *The journal of Creative Behavior*, 28, 193-210.
- Curley, B. (1996, march 18). "Agency survey reports overuse of Ritalin among U.S. children". *Alcoholism and Drug Abuse Weekly*, 8, p. 6.

- D'alonzo, B. (1996). "Identification and Education of Students with Attention Deficit and attention deficit Hyperactive disorders". *Preventing School Failure*, vol. 40, n° 2, 88-94, Winter.
- Dackis, C.A., & Gold, M.S. (1990). "Addictiveness of central stimulants". *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 9(1), 9-26. Deconchy, J.P. (1984). "Systèmes de croyances et représentations idéologiques". Dans S.Moscovici (dir.), *Psychologie Sociale*, Paris, PUF, 331-356.
- de Rosa, A.S. (1995). « Le réseau d'associations comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales; structures, contenus et polarité du champ sémantique ». *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 96-122.
- de Rosa, A.S. (1990). « Comparaison critique entre les représentations sociales et la cognition sociale: sur la signification d'une approche développementale dans l'étude des représentations sociales ». *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 5, 69-110.
- de Rosa, A.S. (1987). "The social representation of mental illness in children and adults". *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York : Norton.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York : Nortin
- Deslauriers, J.P. (1982). *Guide de recherche qualitative, Bulletin de recherche (62)*, Sherbrooke, Département de géographie, Université de Sherbrooke.
- Desrosiers, H & Royer, É. (1995). *Les troubles de l'attention avec hyperactivité : une synthèse des connaissances à l'intention des enseignants*. CRIRES. Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval, Québec, vol. 2 (2).
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.
- Di Giacomo, J. P. (1981). « Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales ». *Cahiers de psychologie cognitive*, 1, 397-422.
- Diller, L. (2004). « Ritaline. L'irrésistible ascension », Dans *Les molécules du bonheur. LA RECHERCHE HORS SÉRIE*, n° 16, Août.
- Diller, L. H. (1998). *Running on Ritalin: A physician reflects on children, society and performance in a pill*. New York : Bantam.

- Diller, L. H (1996). "The run on Ritalin : attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s". *Hastings Cent, Rep*, 26, 12-18.
- Doise, W. (1992). « L'ancrage dans les études sur les représentations sociales ». *Bulletin de psychologie*, Tome XLV, n^o, 405, p. 189-195
- Doise, W., Clemence, A., Lorenzi-cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Doise, W. (1990). « Les représentations sociales ». Dans Giglione, C., Bonnet, Richard, J.F. (Eds.). *Traité de psychologie cognitive, 3 : Cognition, représentation, communication*, pp. 23- 34, Paris: PUF
- Doise, W. (1985). « Les représentations sociales : définition d'un concept », *Connexions*, 45, 245-253.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- 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*, XX11, 216- 238.
- Douglas, V. I. (1983). « Attention and Cognitive Problems ». Dans M. Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychology* (p. 280-329), New-York : Guilford Press.
- Drug Enforcement Administration (DEA) (1995). *ARCOS (Automation of Reports and Consolidated Orders System) Data Base 1981-1994*. Washington, DC : U.S. Dept Justice.
- Dubé, R. (1996). « Les troubles de l'attention chez l'enfant d'âge scolaire ». *Le clinicien : La revue de formation médicale continue*, vol. 11, Août, n^o 8, 90-105.
- Duchastel, D. (2003). « Discours et informatique : des objets sociologiques ? ». *Sociologie et sociétés*, vol. XXV, n^o 2, automne 1993, 157-170.
- Dulcan, M. 1997. "Practice parameters for the assesment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n^o 10 Suppl., October 1997, p. 85S-121S.
- Dupaul, G. J. & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools : Assessment and Intervention Strategies*. The Guilford Press.
- Dupaul, G. J. (1992). "How to assess attention-deficit hyperactivity disorder within school setting". *School Psychology Quartely*, 7, 60-74.

- DuPaul, G. J. et coll. (1992). "Multimethod Assessment of Attention-deficit Hyperactivity Disorder : The Diagnostic Utility of Clinic-Based Tests". *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, p. 394-402.
- DuPaul, G. & Barkley, R. A. (1990). "Medication Therapy". Dans *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for diagnosis and Treatment*, Barkley, R. A. (ed). The Guilford Press, New York, London, 573-612.
- Durkheim, E. 1895 (éd. 1963). *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : Alcan.
- Durkheim, E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF (éd. 1968).
- Duveen, G. et Lloyd, B. (1990). *Social Representation and the Development of knowledge*. Cambridge. Cambridge : Cambridge University Press.
- Dyer, W. G. Jr. et Wilkins, A. L. (1991). "Better Stories, not better Constructs, to Generate better Stories : A Rejoinder to Eisenhardt". *Academy of Management Review*, 16(3), 613-619.
- Ebaugh, F. G. (1923). "Neuropsychiatric Sequelea of Acute Epidemic Encephalitis in Children". *American Journal of Diseases of Children*, 25, 89-97.
- Eisenhardt, K. M. et L. J. Bourgeois 111 (1988). "Politics of Strategic Decision Making in High-Velocity Environments : Toward a Midrange Theory", *Academy of Management Journal*, 31(4), 737-770.
- Eisenhardt, K. M. (1989). "Building Theories from Case Study Research". *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Elia, J., Ambrosini, P. J., et Rapoport J. L. (1999). "Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder". *N Eng J Med*, 340 (10) : 780-788.
- Evink, B., Crouse, B. J. et Elliott, B. A. (2000). "Diagnosing Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Do Family Practitioners and Pediatricians Make the Same Call? ", *Minnesota Medical Association*, vol. 83, June, 2000.
- Faraone, S. V. et coll. (1992). "Segregation Analysis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Psychiatric Genetics*, vol. 2.
- Fialkov, M. J. et Hasley, S. (1991). "Psychotropic Drug Effects Contributing to Psychiatric Hospitalization of Childrens : A Preliminary Study". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5(6), p. 325-330.

- Fischer, R.L., & Fischer, S. (1997). Are we justified in treating children with psychotropic drugs ?” Dans S. Fischer & R.P. Greenberg (eds.). *From placebo to panacea : Putting psychotropic drugs to the test*. New York : John Wiley & Sons., 307-322.
- Flament, C. (1994). « Structure dynamique et transformation des représentations sociales ». Dans *Pratiques sociales et représentations*. (Abric, C. éd.) Paris, Presses Universitaires de France, 37-58.
- Flament, C. (1989) « Structure et dynamique des représentations sociales ». Dans *Les représentations sociales, (D. Jodelet, dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 204-219*.
- Flament, C. et Rouquette, M. L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires : comment étudier les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.
- Flannagan, D., Pillow, D. R., Wise, J. C. (2002). “Perceptions and Communications About ADHD and ODD Behaviors in Children With Combined Type Attention Deficit Hyperactivity Disorder”. *Children’s Health Care*, vol. 31, n° 3, 2002, 223-236.
- Fogas, B. S., Oesterheld, J. R., Shader, R. I. (2001). “A Retrospective Study of Children’s Perceptions of Participation as Clinical Research Subjects in a Minimal Risk Study.” *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 22, issue 4, August 2001, p. 211-216.
- Frame, K., Kelly, L., Bayley, E. (2003). «Increasing Perceptions of Self-Worth in Preadolescents Diagnosed with ADHD ». *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 35, issue 3, 2003, p. 225-229.
- Frankenberger, W., Lozar, B., & Dallas, P. (1990). “The use of stimulant medication to treat attention deficit hyperactive disorder (ADHD) in elementary school children”. *Developmental Disabilities Bulletin*, 18, 1-13.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*, New York, Mead.
- Gadow, K. D. (1993). “A school-based medication evaluation program”. Dans J. L. Matson (Ed.). *Handbook of hyperactivity in children* (p. 186-219). Boston : Allyn & Bacon.
- Gadow, K. D. (1997). “An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacology epidemiology”. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 7, 4, p. 219-236.
- Gagnon, Y. C. (2005). *L’étude de cas comme méthode de recherche*. Presses de l’Université du Québec.

- Galves, A., Walker, D., Cohen, D., Schneider, K. J., Greening, T., Karon, B., Dunlap, M., Friedman, H., Duncan, B & Johnston, T. (2003). *A letter to APA by 11 psychologists, psychiatrists.org/Articles/replytoubenstein.pdf*.
- Gamache, M. C. et coll. (2005). *ADHD Symptomatology and Teachers' Perceptions of Maltreatment Effects*. Freyd Dynamics Lab, University of Oregon.
- Garnier, C., Marinacci, L. Quesnel, M. (2007) « Les représentations sociales de l'alimentation, de la santé et de la maladie de jeunes enfants », *Revue Service Social*, vol 53, numéro , 13-26.
- Garnier, C., Lévy, J. J. (2007). La chaîne des médicaments et les représentations sociales : comment traiter de la complexité. Dans P. Scheibler (Dir.), *Soziale Repräsentationen über Gensundheit, Krankheit und Medikation. Représentations sociales sur la santé, la maladie et les médicaments* (pp.23-58). Hamburg, Berlin, London, Wien : LIT – Verlag, Verlag für wissenschaftliche Literatur.
- Garnier, C. (2006). *Représentations sociales : perspectives et courants théoriques*. Conférence simultanée et interactive. (Sous forme d'entrevue : C. Garnier/UQAM U. Toulouse le Mirail), 14 Décembre 2006.
- Garnier, C., Dufort, F., Beaulac-Bailargeon, L., Marinacci, L., Quesnel, M. et coll. (2005). *Systèmes de représentations sociales liées à la prescription et à l'observance des médicaments : le cas des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs*. Rapport de recherche produit dans le cadre des demandes de subvention CQRS SR-4321 et CRSH Programme Grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments 412-2003-1005.
- Garnier, C. et Doise, W. (2002) *Les représentations sociales : balisage du domaine d'études*. Garnier, C. et Doise, W. (dir.). Montréal : Éditions Nouvelles, 303 pages.
- Garnier, C. et Doise, W. (2002). « Introduction ». Dans *Les représentations sociales. Balisage du domaine d'études* (sous la direction de Catherine Garnier et Willem Doise), (p.14-22). Montréal : Éditions nouvelles.
- Garnier, C., Marinacci, L., Grandtner, A. M., Quesnel, M., Richard, M., Giroux, L., Lambert, I., Ouellet, C., Hall, V., Gigling, M. (2000b). *Analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes* . Rapport de recherche produit dans le cadre de la demande de subvention CQRS RS-2951.51.
- Garnier, C. (2000a). « Représentations sociales pour comprendre l'action éducative : apports réciproques ». Dans Garnier, C. et Rouquette M. L. (Dir.) *Représentations sociales et éducation* (p. 27-52). Montréal : Éditions Nouvelles.

- Garnier, C. (1999). «La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale». Dans M. L. Rouquette et Garnier, C. (Dir.) *La genèse des représentations sociales* (p. 87-113). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Gergen, K. J. (1985). "The social constructionist movement in modern psychology". *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gersick, C. (1988). "Time and Transition in Work Teams : Toward a New Model of Group Development". *Academy of Management Journal*, 31, 9-41.
- Gighlione, R. et Matalon, B. (1985). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*. Paris : Armand Colin.
- Glaser, B.G et Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine.
- Godelier, M. (1978). *La part idéale du réel. L'Homme*, XV111.
- Golden, G. S. (1991, March). "Role of attention deficit disorder in learning disabilities". *Seminars in Neurology*, 11 (1) : 35-41.
- Goldman, L., Genel, M., Rebecca, J. B., Slanetz, P. J. (1998). "Council Report. Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents". *JAMA*, April 8, Vol. 279, N° 14.
- Goldstein, S. et Goldstein, M. (1990). *Managing Attention Disorders in Children. A guide for Practitioners*. Wilwy, John, Wiley & Sons, Toronto.
- Goldstein, S et Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder : a guide for practitioners, second edition*, New York, John Wiley & Son, p. ix-x
- Goodman, G. & Poillion, M. J. (1992). ADD : "Acronym for any dysfunction or difficulty". *The Journal of Special Education*, 26, 37-56.
- Gordon, M. (1998). "Avant-propos". Dans Sam Goldstein et Michael Goldstein (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder : a guide for practitioners*, second edition, New York, John Wiley & Son, p. ix-x.
- Gordon, B. N., Schroeder, C. S. & Hawk, B. (1992). "Clinical problems of the preschool child". Dans C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds), *Handbook of clinical child psychology* (2^e édition, p. 215-233). New York : John Wiley and Sons.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation. (2000). *Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) : définitions*.

- Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation (2000). *TDA/H. Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Plan d'action.*
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation. (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves. Politique d'adaptation scolaire. Prendre le virage du succès. Politique d'adaptatin scolaire*
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation (1997). *L'école tout un programme, énoncé de politique éducative*, Qc, Ministère de l'éducation.
- Greenhill, L. L. (1995). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder : The Stimulants". *Child Adolesc Psychiatr Clinic North Am*, 4 : 123-168.
- Grize, J. B., Vergès, P., Silem, A. (1987). *Salariés face aux nouvelles technologies. Vers une approche sociologique des représentations sociales*. Paris : Éditions du CNRS.
- Guba, E. G et Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills (Calif.) Sage.
- Guerreschi, L., Garnier, C., Menaut, A. (2003). « Du sport à corps perdu ». *Journal International des Représentations Sociales*, vol. 1, n° 1, Septembre 2003.
- Guerreschi, L., Garnier, C., Menaut, A. (2002). « Sport et performance : une liaison à corps perdu », communication orale, 6^e *Conférence Internationale sur Les Représentations Sociales*, Stirling, Écosse.
- Guimelli, C. (1999). *Que sais-je ? La pensée sociale*, Presses Universitaires de France.
- Halasz, G (2001). "Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, issue 3, p. 404.
- Harris, S., & Sutton, R. (1986). "Functions of Parting Ceremonies in Dying Organizations". *Academy of Management Journal*, 29, 5-30.
- Hawkins, J., et coll.. (1991). "Teacher Perceptions, Beliefs, and Interventions Regarding Children With Attention Deficit Disorders". *Action in Teacher Education*, vol. 13, n° 2, 52-58.
- Hechtman, L. (1996). "Families of children with attention deficit hyperactivity disorder : A review". *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 350-360.
- Hechtman, L. (1993). "Aims and Methodological Problems in Multimodal Treatment Studies". *Canadian Journal Psychiatry*, vol. 38 (6), Août, 458-464.

- Hechtman, L. (1992). « Le traitement multimodal de l'hyperactivité : présentation d'un protocole de recherche évaluative ». *P.R.I.S.M.E.*, vol. 3., (2), Hiver, 252-265.
- Hellerstein D. J., et Biedermann, B. (2003). "Physician Concerns With United States Drug Enforcement Agency Schedule II Central Nervous System Stimulants". *Primary Psychiatry*, vol. 10, issue 2, 2003, p. 47-52.
- Herbert, M. (1964). "The Concept and Testing of Brain Damage in Children. A Review". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, p. 197-217.
- Héritier, F. (1979). « Symbolique de l'inceste et de sa prohibition ». Dans M. Izard et P. Smith (sous la direction de), *La fonction symbolique*, Paris, Gallimard.
- Herzlich, C. (1972). « La représentation sociale ». Dans S. Moscovici (Éd.), *Introduction à la psychologie sociale*, Paris : Larousse, 303-325
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hlady Rispal, M. (2002). « Méthode de l'étude de cas : Les défis du chercheur en gestion ». Dans Journée d'étude *La méthode des cas*, Pessac (France), Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Hohman, K. (1922). "Post-Encephalic Behavior Disorder in Children", *John Hopkins Hospital Bulletin*, 33, 372-375.
- Honorez (1997). « Les limites en milieu scolaire du paradigme médical du trouble de l'hyperactivité et d'attention ». Dans *L'éducation face aux nouveaux défis. Actes du 4ième congrès des sciences de l'éducation de langue française du Canada*, Éditions nouvelles AMS, 337-345.
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck.
- IMS Canada. (1996, July 22). *Now pay attention... ADD and the drug debate. Health Points : A compendium of health information by IMS Canada*, 1 (1), 1.
- Intercontinental Marketing Services Health (IMS-2006). Available : www.imshealthCanada.com/htmfr/3.
- Institut Chesapeake (1995). *Comment enseigner aux élèves présentant des troubles de l'attention accompagnés d'hyperactivité, École et comportement*, traduction d'Isabelle Tremblay et adaptation d'Égide Royer, Québec.
- Jahoda, G. (1988). "Critical notes and reflections on 'social representation'", *European journal of social psychology*, vol. 18, 195-209.

- James, A., & Taylor, (1990). "Sex differences in the Hyperkinetic syndrome of Childhood", *Psychology and Psychiatry*, vol. 31, 3, 437-446.
- Javobovitz, D., Sroufe, L. A., Stewart, M., & Leffert, N. (1990). "Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with symphyomimetic drug : A comprehensive review". *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 29, 677-688.
- Jodelet, D. (1989a). « Représentations sociales : un domaine en expansion. » dans D. Jodelet (dir), *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 31-61.
- Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1984a). « Réflexions sur le traitement de la notion de la notion de représentation sociale en psychologie sociale ». *Communication Information*, vol. V1 no2/3, 15-41.
- Jodelet, D. (1984b). « Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie ». Dans S. Moscovici (dir.), *Psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France .
- Jodelet, D. (1982). *Systèmes de représentation de corps et groupes sociaux*. Paris, EHESS : 418.
- Kahn, E. et Cohen, L. (1934). « Organic Drivennes : A Brain Stem Syndrome and Experience », *New England Journal of Medecine*, 210.
- King, C., Young, R.D. (1982). "Attentional deficits with and without hyperactivity : Teacher and peer perception". *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol.10, number 4, December 1982, 483-495.
- Kirby, E. A. & Grimley, L. K. (1986). *Understanding and treating attention deficit disorder*. New York, Pergamon Press.
- Klein, R. G., et Abikoff, H. (1997). "Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD". *Journal of Attention Disorders*, vol. 2, n° 2, juillet, 1997, p. 89-114.
- Kral, R. (1995). *Strategies that work : techniques for solutions un schools*. Milwaukee, Wi : Brief Family Therapy Center.
- Kwasman, A., Tinsely, B. J., Lepper, H.S. (1995). "Pediatricians knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorders: A national survey approach". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149 (11), 1211-1216.

- Lafortune, D., Laurier, C., Gagnon, F. (2004). « Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse ». *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 34, 1, 157-176.
- Laperrière, A.. (1997). « La théorisation ancrée (*grounded theory*) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées ». Dans J. Poupart, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayet, A. Pires, A. P. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 309 à 340, Boucherville : Gaëtan Morin.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.
- Laufer, M et Denhoff, E. (1957). "Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children", *The Journal of Pediatrics*, vol. 57.
- Lavoie, G. (2002). « L'hyperactivité en contexte - quelques jalons pour une intervention éducative. » *SASSLF : Hyperactivité et déficit d'attention*. http://www.adaptation_scolaire.org/themes/hyda/documents/textes_hyda_lavoie02.pdf
- Lea, S. J. (1988). "Mental retardation: social construction of clinical reality". *Disability, handicap & society*, 3 (1), 63-69.
- Le Bouedec, G. (1984). « Contribution à la méthodologie d'étude des représentations sociales ». *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 245-272.
- Lefever, G B., Dawson, K. V., Morrow, A. L. (1999). "The extent of drug therapy for attention deficit hyperactivity disorder among children in public schools". *AM J Public Health*, 89, 1359-64.
- Le Golf, J. (1976). *Faire l'histoire*, Paris, Gallimard.
- Le Moal, M. et coll. (1977). "Behavioral Effects of a Lesion in the Ventral Mesencephalic Tegmentum : Evidence for Involvement of a 10 Dopaminergic Neurone". Dans E. Costa et P. Greendard, *Advances in Biochemical Psychopharmacology*, vol. 16, Raven Press.
- Léonard, S., Kautz, K.J. (2003). "Who first Suggests the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?". *Annals of family medicine*, vol. 1, n° 3, September.
- Leplat, J. (2002). *Psychologie de la formation. Jalons et perspectives. Choix de textes (1955-2002)*. Toulouse : Octares, 293 pages.
- Lévine, J.E. (1997). "Re-visioning attention deficit hyperactivity disorder (AHDH)". *Clinical social work journal*, 25 (2), 197-209.

- Littlewood, R. (1990). "From categories to context : A decade of 'new cross-cultural psychiatry'". *The British Journal of Psychiatry*, 156, 308-327.
- Lloyd, G, Stead, J, Cohen, D. (2006). "Introduction : widening our view of ADHD". Dans *Critical New Perspectives on ADHD*. Lloyd, G, Stead, J., Cohen, D. (eds). Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York.
- Lloyd, G (2006). Conclusion : supporting children in school. Dans : *Critical New Perspectives on ADHD*. Lloyd, G, Stead, J, Cohen, D. (eds). Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York, 215-227.
- Lorenzi-Ciolodi, F. (1991). « Pluralité d'ancrages des représentations professionnelles chez des éducateurs en formation et des praticiens ». *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, T.4, 3/4, 357-379.
- Lucas, W. A. (1974). *The Case Survey Method : Aggregating Case Experience*, document numéro 1515-Rc, Santa Monica (CA), Rand Corporation.
- Maag, J. W., & Reid, R. (1996). "Treatment of attention deficit hyperactivity disorder : A multi-modal model for schools". *Seminars in Speech and Language*, 17(1), 37-58.
- Maag, J. W. & Reid, R. (1994). "Attention Deficit Hyperactivity Disorders. A functional Approach To Assessment and Treatment", *Behavioral Disorders*, vol. 20, n° 1, 55-22. November.
- Mann, E. M. et coll. (1992). « Cross-Cultural Differences in Rating Hyperactive-disruptive Behaviors in Children". *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, 11, November, 1539-1542.
- Mardellat, P. (1994). « Pratiques commerciales et représentations dans l'artisanat ». Dans J. C. Abric, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, 145-178.
- Martin et coll. (2003). "Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrolles in Connecticut Medicaid managed cadre". *Psychiatric Services*, vol. 54, 1, p. 72-77.
- Massé, L. (1999). « Le déficit de l'attention/hyperactivité ». Dans *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaëtan Morin.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, « Quadrige ».
- Maxmen, J. S., & Ward, N. G (1995). *Psychotropic drugs fast facts, second edition*. New York : W. W. Norton.

- McGuiness, D. 1989. "Attention deficit disorder : The emperor's clothes, animal 'pharm', and other fiction". Dans S. Fisher and R. Greenberg (dirs.). *The limits of biological treatments for psychological distress* (p. 151-187). Hillsdale, N. J. : LEA.
- McMichael, A. J. et Baghurst, P. A. (1988). "Port Pirie Cohort Study; Environmental Exposure to Lead and Children Abilities at the Age of Four Years". *New England Journal of Medicine*, vol. 319.
- McNeal, R. E., Roberts, M. C., Barone, V. J. (2000). "Mothers' and Children's Perceptions of Medication for Children Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 30, issue 3, Spring 2000, p. 173-187.
- Mead, M. (1952). *The training of the cultural anthropologist*. Am. Anthropol, 43, 343-346.
- Michelat, G. (1975). « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie ». *Revue française de sociologie*, 16, 229-147.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook* (2^e éd.), Londres, Sage Publications.
- Miller, A. et coll. (1999). *A Review of Therapies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Rapport non publié, Colombie-Britannique.
- Ministère de l'éducation (1976). *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec : rapport COPEX*, Québec, Ministère de l'éducation.
- Moles, A.A. (1990). *Les sciences de l'imprécis*, Paris, Seuil.
- Moliner, P., Rateau, P., Cohen-Scall, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*. Presses Universitaires de Rennes.
- Moliner, P. (1993). « Cinq questions à propos des représentations sociales ». *Les cahiers Internationaux de psychologie sociale*, 1993, 20, 5-14.
- Moliner, P. (1993) « ISA : L'induction par Scénario Ambigu. Une méthode pour l'étude des représentations sociales ». *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, p. 7-21.
- Morin, E. (1969). *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil.
- Morrison, D. E., et Henkel, R. E. (sous la dir. de), (1970). *The significance Test Controversy*, Chicago, Aldine.
- Moscovici, S. (1961/1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presses Universitaires de France.

- Moscovici, S. (1986). « L'ère des représentations sociales ». Dans *Textes de Base en psychologie - L'étude des représentations sociales*. Sous la direction de W. Doise et A. Palmonari. Delachaux & Nestlé, S. A., Neuchâtel (Switzerland)-Paris, 34-80.
- Muchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.
- National Institutes of Mental Health (1998). *Consensus Statement : Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 16-18 November, vol. 16, n° 2, 1998.
- Nils, F. et Rim, B. (2003). « L'interview ». Dans *Les méthodes des sciences humaines*. Moscovici, S. et Buschini, F. (dirs.), Presses Universitaires de France, 167-185.
- Nottelmann, E. D. & Jensen, P. S. (1995). "Comorbidity of disorders in children and adolescents : Developmental perspectives". Dans T.H. Ollendick & R. J. Prinz (Éds.), *Advances in clinical child psychology*, Vol. 17, New York : Plenum Press, 109-155.
- Nylund, D. & Corsiglia, V. (1994). "From deficits to special abilities : working narratively with children labelled "ADHD". Dans M. F. Hyot (ed.). *Constructive therapie*, vol. 2, New York : The Guilford Press.
- Öngel, Ü. (2006). "ADHD A and parenting styles. Dans *Critical News Perspectives on ADHD*". Edited by Gwynedd, L., Stead, J and Cohen, D. Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York, 115-128.
- Palmonari, A. et Doise, W. (1986). « Caractéristiques des représentations sociales ». Dans Doise, W., et Palmonari, A., dir. (1986). *L'étude des représentations sociales*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- Paradis, P. (2001). « Contre la pilule : Plaidoyer pour une intervention éducative à l'école. » *Psychoscope*, mars, vol. 27, 30-32.
- Paradis, P. (1999). Les enfants en déficit d'attention/hyperactivité : plaidoyer pour une intervention éducative stratégique à l'école (article1). *Revue de l'AQEFLS, Actes du congrès*, vol. 21, (1 et 2), 67-80.
- Parran, T. V., & Jasinski D. R. (1991). "Intravenous methylphenydate abuse: Prototype for prescription drug abuse". *Archives of Internal Medicine* , 151 (4), 781-783.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe 111, New York : Free Press, Chap. 8.
- Pasamanick, B., Knobloch et Lilienfield, A. M. (1956). "Pregnancy Experience and Development of Behavior Disorder in Children". *American Journal of Psychiatry*, 112, p. 613-617.

- Patton, M. Q. (1982). "Qualitative Methods and Approaches: What Are They ?". Dans E. Kuhns et S.V. Mortorana (dir.). *Qualitative Methods for Institutional Research*, San Francisco (CA), Jossey-Bass, 3-16.
- Patton, M. C. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*, Londres, Sage Publications.
- Paul, J. L. & Cooper Epanchin, B. (1991). *Educating emotionally disturbed children and youth : theories and practices for teachers (The social and cultural construction of emotional disturbance* (p. 218-242). New York : Macmillian publishing company.
- Pelligrini, A. D & Hovart, M. (1995). "A Developmental Contextualist Critique of Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Educational Researcher*, vol. 24, Number 1, January-February, 13-19.
- Peterson, B. (1995). "Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders". *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34, 1560-1576.
- Pfohl, S. J. (1977). "The Discovery of Child Abuse". *Social Problems*, 24 : 310-323.
- Piaser, A. (1999). « *Représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : Enseignant, Inspecteur* ». Thèse de doctorat présentée par Alain Piaser, Équipe R.E.P.E.R.E.-C.R.E.F.I.UFR Sciences, Espaces, et Sociétés, Département des Sciences de l'éducation et de la formation, Université de Toulouse Le Mirail, Université de Toulouse Le Mirail.
- Pinfield, L. (1986). "A field Evaluation of Perspectives on Organizational Decision Making". *Administrative Science Quarterly*, 32, 365-388.
- Pires, A. P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». Dans Poupart, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayet, A. Pires, A. P. (dirs.) *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113 à 169), Boucherville : Gaëtan Morin.
- Pitts, J. (1968). "Social Control: The Concept". *International Encyclopedia of Social Sciences*, 14, New York : Macmillan.
- Pliszka, S. R., Carlson. C. L., & Swanson. J. M. (1999). *ADHD with comorbid disorders : clinical assessment and management*, New York, Guilford Press, 325 p.
- Pommier, J. L. (2004) « Des variables tensives inscrites dans le texte : une interprétation dynamique de l'A.F.C ». Dans *l'analyse d'Alceste. 7^{es} Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*. JADT.
- Posner, M. L & Raichie, M. E. (1994). *Images of Mind*, Scientific American Library.

- Potter, J., Litton I. (1985). "Some problems underlying the theory of social representations". *British journal of social psychology*, vol. 24, 81-90.
- Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif ». Dans Poupart, L., Groulx, A. Laperrière, R. Mayet, A. Pires, A. P. (dirs.) *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173 à 209), Boucherville : Gaëtan Morin.
- Prechtl, H. & Stemmer, C. (1962). "The Choreiform Syndrome in Children". *Developmental Medicine and Child Neurology*, 8, p. 149-159.
- Rafalovich, A. (2005). "Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder". *Sociology of Health & Illness*, vol. 27, issue 3, April 2005, p. 305-232.
- Rapin, I. (1964). "Brain Damage in Children". Dans J. Brennemann (dir.). *Practice of Pediatrics* (vol. 4). Hagerstown, M.D. : Prior.
- Rappley, M. D., Gardiner, J. R., & Jetton, R. C. H. (1995). "The use of methylphenidate in Michigan". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149, 675-679.
- Rapoport, J. L. & Ismond, D. R. (1996). *DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders*. New York : Brunner/Mazel, Inc.
- Rees, A. (1998, February 26). *Shocking number of kids on drugs, provincial health officer concerned with ADHD diagnosis rate*. The province (Vancouver), p. A13.
- Reid, R., Maag, J. W. & Vasa, S. F. (1993). "Attention deficit hyperactivity disorder as a disability category : a critique". *Exceptional children*, 60 (3), 198-214.
- Rees, A. (1998, February 26). *Shocking number of kids on drugs, provincial health officer concerned with ADHD diagnosis rate*. The Province (Vancouver), p. A13.
- Renaud, M. (1985). « De la Sociologie Médicale à la Sociologie de la Santé : Trente ans de recherche sur le malade et la maladie ». Dans *Traité d'anthropologie médicale*, sous la direction de Dufresne, Durant et Martin, Presses de l'Université du Québec, 5^{me} éd. Presses Universitaires de Lyon.
- Richards, T. J. et Richards, L. (1994). "Case Studies". Dans Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications.
- Richters, JE., Arnold, LE., Jensen, PS., et coll. (1995). "NIMH Collaborative Multi-site Multimodal Treatment of Children With ADHD, 1 : background and rationale". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 : 987-1000.

- Reinert, M. (2003). « Le rôle de la répétition dans la représentation du sens et son approche statistique par la méthode "ALCESTE" », *Sémiotica*, 147-1/4, 389-420.
- Roland-Lévy, C. (2002). « Comment manipuler les représentations sociales : une exploration ». Dans *Les représentations sociales. Balisage du domaine d'études* (sous la direction de Catherine Garnier et Willem Doise), (p. 125-143). Éditions nouvelles.
- Rosanvallon, P. et Viveret, P. (1979). *Vers une nouvelle culture politique*. Paris, Seuil.
- Rouquette, M. L. (1998). *La psychologie politique*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Rouquette, M. L. (1996). « Représentations sociales et idéologies ». Dans Deschamps, J. C., et Beauvois, J. L. (Éds), *La psychologie sociale*. Grenoble. Presses universitaires de Grenoble. 163-173.
- Rouquette, M. L. (1994a). *Essai de psychologie politique sur la connaissance des masses, vie sociale*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 224 pages.
- Rouquette, M. L. (1994b). « Une classe de modèles pour l'analyse des relations entre cognèmes ». Dans c. Guimelli (éd). *Structures et transformations des représentations sociales*, 153-170. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Rouquette, M. L. et Guimelli, C. (1994). « Sur la cognition sociale, l'histoire et le temps ». Dans C. Guimelli (ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*, 254-266. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Rouquette, M., et Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Ross, D. M. et Ross, S. A. (1976). *Hyperactivity : Research, Theory and Action*. New York : Wiley.
- Rutter M. D., Chadwick, D., Shaffer, D. (1983). "Head injury". Dans M. Rutter, *Developmental Neuropsychiatry*, New York, Guilford Press.
- Safer, D.J. (1994). "The impact of recent lawsuits on methylphenidate sales". *Clinical Pediatrics*, 33 (3), 166-168.
- Safer, D. J., & Krager, J. M. (1984). "Trends in medication therapy for hyperactivity : National and international perspectives". *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 3, 125-149.
- Safer, D.J. & Krager, J. M. (1983). "Trends in medication treatment of hyperactive school children: Results of six biannual surveys". *Clinical Pediatrics*, 22 (7), 500-504.

- Sauvé, L., Garnier, C. (2000). « Une phénoménographie de l'environnement : réflexions théoriques et méthodologiques sur l'analyse des représentations sociales ». Dans Garnier, C. et Rouquette M. L. (dir.) *Représentations sociales et éducation* (p. 211-234) Montréal : Éditions Nouvelles.
- Sax, L. et Kautz, K. J. (2003). "Who First Suggests the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?". *Annals of family medicine*, vol. 1, n° 3, September/October 2003, p.171-174.
- Schachter, H. M., Phan, B., King, J., Langford, S. and Moher, B. (2001). "How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescent? A meta-analysis". *Canadian Medical Association Journal*, volume 165, issue 11, November 2001, p. 165.
- Schachar, R.J. (1991). "Childhood Hyperactivity". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 155-191.
- Schachar, R. J. (1986). "Hyperkinetic syndrome : historical development of the concept." Dans E.A. Taylor, *The overactive child : clinics in developmental medicine*, n° 97, Philadelphia : J. B. Lippincott, Co.
- Sergent, J. (2000). "The cognitive-energetic model : an empirical approach to ADHD". *Neurosci Biobehav Rev*, vol. 24, 1, 7-12.
- Shaywitz, S. E., Hunt, R. D., Jatlow, P., Cohen, D. J., Young, J. G. et coll. (1985). "Psychopharmacy of attention deficit disorder : Pharmacokinetic, neuroendocrine, and behavioral measures following acute and chronic treatment with methylphenidate". *Pediatrics*, 69, 688-694.
- Silver, L. B. (1992). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Washington, DC : American Psychiatry Press.
- Siméon, J. D., Wiggins, D. M., Williams, E. (1995). "World wide use of psychotropic drug in child and adolescent psychiatry disorders". *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 19, p. 455-465.
- Sleeter, C. E. (1986). "Learning disabilities: the social construction of a special education category". *Exceptional children*, 53 (1), 46-54.
- Slomkowski, C., Klein, R. G., & Manuzza, S. (1995). "Is self-esteem an important outcome in hyperactive children?". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (3) : 303-315.
- Smith, P. (1999). "Drawing new maps: a radical cartography of developmental disabilities". *Review of educational research*, 69 (2), 117-144.

- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). "Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (4), 409-432.
- Stake, R. E. (1994). "Cases Studies". Dans Norman K. Denzin et Yvonna, S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 236-247.
- Still, G. F. (1902). "Some Abnormal Psychological Conditions in Children". *Lancet*, I, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1990). *Basis of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*, Londres, Sage Publications.
- Stryker, S. (1925). "Encephalitis Lethargica- the Behavior Residuals". *Training School Bulletin*, 22, 152-157.
- Swanson, J. M., Sergeant, J. A., Taylor, E. et coll. (1998). "Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder". *Lancet*, vol. 351, 429-433.
- Swanson, J. M., McBurnett, K., Christian, D. L & Wigal, T. (1995). "Stimulant medications and the treatment of children with ADHD". Dans T. H. Ollendick & R. J. Prinz (eds), *Advances in clinical Child Psychology*, vol. 17, 265-322. New York : Plenum Press.
- Swanson, J. M. et coll. (1993). "Effects of Stimulant Medication on Children with Attention Deficit Disorder. A Review of Reviews". *Exceptional Children*, 60, 154-162.
- Swanson, J. M., Cantwell, D., Lerner, M., McBurnett, K., Pfiffner, L., & Kotkin, R. (1992, Fall), Treatment of ADHD : Beyond medication". *Beyond Behavior*, 4(1), p. 13-16 et 18-22.
- Szatmari, P., Offord, D. R. et Boyle, M. H. (1989). "Ontario Child Health Study : Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity?" *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30 : 219-230.
- Thomas, J. et Willems, G. (1997). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant : approche neurocognitive*. Paris, Masson.
- Timimi, S. et Taylor, E. (2004). "ADHD is best understood as a cultural construct". *British journal of psychiatry*, 184, 8-9.
- Towbin, A. (1980). "Neurologic Factors in Minimal Brain Dysfunction". Dans H. E. Rie et E. D. Rie, *Handbook of Minimal Brain Dysfunction : a Critical View*, Wiley, 1980.

- Tredgoald, A. F. (1914). *Mental Deficiency (Amentia)*. New York : W. Wood.
- Tremblay, J. (1998, mai-juin). « Hors du Ritalin, plein de salut ! », *Nouvelles CEQ*, 8-10.
- Tripp, G. et Luck, S. L. (1997). "The Identification of Pervasive Hyperactivity : Is Clinic Observation Necessary ?". *J. Child Psychiat*, vol. 38, n° 2, 219-234.
- Vergès, P. (1994). « Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales ». Dans C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Paris/Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Vergès, P. (1992). « L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation ». *Bulletin de Psychologie*, XLV, 405, p. 203-209.
- Verquerre, R. (1989). *Représentation de l'enfant, attitudes éducatives, comportements éducatifs*. Thèse de doctorat d'État es Lettres et Sciences humaines, Paris, Paris-V, Sorbonne.
- Vincent, S. (2005). « La prise de Ritalin chez des enfants d'âge scolaire : quand les justifications témoignent d'un "schème étrange" de raisonnement ». Communication orale, 1^{er} Congrès International sur le Médicament 'Conception, production, consommation : perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun. Montréal : GEIRSO, 29 août-2 septembre.
- Vincent, S. et Garnier, C. (2005). « Socialisation scolaire et schèmes étranges de raisonnement. », *Journal International sur les Représentations Sociales (JIRSO)*, vol. 2, n° 1, 2005, p. 100.
- Vitiello, B, et Jensen, P. S. (1997). « Medication development and testing in children and adolescents : current problems, future directions ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, n° 9, p. 871-876.
- Waitzkin, H. (1989). "A critical theory of medical discourse : ideology, social control, and the processing of social contexts in medical encounters". *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 220-229.
- Wagner, W. (1996). "Queries about social representation and construction". *Journal for Theory of Social Behaviour*, 26(2), 95-120.
- Weiss, G. et Hechtman, L. (1993). "Hyperactive Children Grown Up: ADHD". Dans *Children, Adolescents and Adults*, 2^e éd., Guilford Press, 1993.
- Weiss, G. et L. T. Hechtman, L. (1986). *Hyperactive Children Grown Up*, New York, Guilford Press.

- Whalen, C. K., & Henker, B. (1997). "Stimulant pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders : An analysis of progress, problems, and prospects". Dans S. Fisher & R. P. Greenberg (eds.). *From placebo to panacea : Putting psychotropic drugs to the test* (p. 323-347). New York : John Wiley & Sons.
- Wilens, T. E., Spencer, T., Swanson, J. M., Conner, K. J. S. et Cantwell, D. P. (1999). "Combining methylphenidate and clonidine: a clinically sound medication option". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 5, 614-619.
- Wilens, T. E., Spencer, T., Biederman, J., Wozniak, B., et Conner, K. J. P. (1995). "Combined pharmacotherapy : an emerging trend in pediatric psychopharmacology". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 34, 1, 110-112.
- Wilens, T. E. et Biederman, J. (1992). "The Stimulants". *Psychiatr Clin North Am*, 15 : 191-222.
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Baumgaertel, A., & Feurer, I. D. (1998). "Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19 : 162-168
- Wolraich, M. L. et coll. (1990) "Stimulant Medication Use by Primary Care Physicians in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Pediatrics*, 86, 95-101.
- Worthman, M. S. et Roberts, G. B. (1982). *Innovative Qualitative Methods, Technique and Design in Strategic Management Research*, Texte présenté à la Strategic Management Society Conference, Montréal, 34 pages.
- Yelich, G. & Salamone, F. J. (1994). "Constructivist interpretation of attention-deficit disorder hyperactivity disorder". *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 191-212.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research, Design and Methods* (3^e éd.), Thousand Oaks (CA).
- Yin, R. K. (1994). *Case study Research. Design and Methods*, Londres, Sage.
- Yin, R. K. (1981). "The Case study as a serious Research Strategy", *Knowledge*, 31(1), 97-104.
- Zito, J. M., Safer, D. J., DosReis, J., Gardner, J. F., Boles, M., Lynch, F. (2000). "Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers". *JAMA*, 283 : 1025-30.
- Zito, J. M., Safer, D. J., dosReis, S., Magder, L. S., & Riddle, M. A. (1997). "Methylphenidate patterns among Medicaid youths". *Psychopharmacology, Bulletin*, 33 (1), 143-147.

Zola, I. K. (1972). "Medicine as an Institution of Social Control". *The Sociological Review*, 20 (4) : 487-504.

Znaniecki, F. (1934). *The Method of Sociology*, New York, Farrar and Rinechart.

APPENDICE A

Critères diagnostiques du Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité du DSM-IV

A. Présence soit de (1) soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

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

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

Hyperactivité

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

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
 - (h) a souvent du mal à attendre son tour
 - (i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)
- B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans
- C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents (p.ex., à l'école- ou au travail- et à la maison)
- D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, les Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité)

Code selon le type:

- F90.0 (314.01) Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte :** si à la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois
- F90.0 (314.00) Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante :** si pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli, mais pas le Critère A2
- F90.0 (314.01) Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante:** si pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le Critère A1.

Note de codage. Pour les sujets (particulièrement les adolescents et les adultes) dont les symptômes ne remplissent plus actuellement l'ensemble des critères diagnostiques, spécifier : « en rémission partielle ».

Référence: *American Psychiatric Association*. Mini DSM-1V-TR. Critères diagnostiques. Version française complétée des codes CIM-10. Coordinateur général de la traduction française, Julien-Daniel Guelfi et coll., Masson, Paris, 1996, p.65-66.

APPENDICE B

Guide d'entretien

- 1- Dans votre pratique de tous les jours, quels sont les principaux symptômes (ou signes) que vous observez généralement chez les élèves qui présentent un TDA/H?

Formulation de question adaptée pour le concierge :

Dans votre travail de tous les jours, et lorsque vous observez les élèves (dans leurs classes, les corridors de l'école, au service de garde ou dans la cour de récréation) quels sont les principaux symptômes associés au TDA/H (ou signes) que vous observez généralement chez les élèves?

- 2- Quel est, selon vous, la principale cause du TDA/H?
- 3- Une fois que vous avez identifié un élève qui présente des symptômes (ou signes) du TDA/H que faites-vous (ou quelle démarche entreprenez-vous)?
- 3.1. Est-ce que vous utilisez des outils d'évaluation, d'observation ou autres tests particuliers? Si oui, lesquels?

Formulation de question adaptée pour le concierge et les deux directeurs de l'école :

Une fois qu'un élève qui présente des symptômes (ou signes) du TDA/H a été identifié par les enseignants(e)ts ou les spécialistes de l'école (psychologue, psychoéducatrice, orthopédagogue, infirmière), connaissez-vous la démarche d'évaluation qui est généralement entreprise? Si oui, comment cela se passe-t-il généralement?

4. Et quel est votre degré d'implication dans le processus d'évaluation du TDA/H?
- 4.1. Avec qui en parlez-vous?
- 4.2. Avec qui travaillez-vous?

Question non posée au concierge de l'école, parce que non appropriée

5. Que pensez-vous du diagnostic du TDA/H?
- 5.1. Pouvez-vous me parler ou me décrire les critères qui sont généralement utilisés pour établir un diagnostic? Si oui, quels sont ces critères?

Formulation de question adaptée pour le concierge et les deux directeurs de l'école :

*De façon générale, que pensez-vous du diagnostic du TDA/H?
Connaissez-vous les critères qui sont généralement utilisés par les intervenants de l'école lors de l'évaluation? Si oui, quels sont ces critères selon vous?*

6. Quel est le principal ou les principaux modes d'intervention que vous utilisez auprès des élèves qui présentent des symptômes de TDA/H?
- 6.1. Quel type de suivi effectuez-vous auprès de ces enfants suite à une première évaluation?

Formulation de question adaptée pour le concierge et les deux directeurs de l'école :

Êtes-vous au courant des principaux modes d'intervention qui sont généralement utilisés par les intervenants du milieu scolaire auprès des enfants qui présentent des symptômes du TDA/H? Si oui, quels sont-ils?

7. Dans votre pratique de tous les jours, quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez pour intervenir auprès des enfants qui présentent des signes ou symptôme du TDA/H?
- 7.1. Est-ce que vous parlez de ces problèmes avec les autres intervenants de l'école? Si oui, avec qui? Sinon, pourquoi?

Formulation de question adaptée pour le concierge :

Selon vous, quels sont les principaux problèmes que rencontrent les intervenants scolaires auprès des enfants qui présentent des signes ou symptôme du TDA/H?

- 7.2. Est-ce que vous croyez que les intervenants parlent de ces problèmes entre eux?
8. Généralement, en quoi consiste votre travail avec les autres intervenants de l'école en ce qui concerne la mise en place du plan d'intervention et du suivi des élèves qui présentent des symptômes (ou signes) du TDA/H?
- 8.1. Comment cela se passe-t-il?
- 8.2. Quel support recevez-vous des autres intervenants impliqués auprès de cet élève?
- 8.3. Et quel est votre rôle au niveau de la phase d'intervention et le suivi de ces élèves?

Question non posée au concierge, parce que non appropriée

9. Pouvez-vous m'expliquer maintenant comment cela se passe-t-il avec les parents lorsque vous discutez des problèmes du TDA/H?

9.1. Comment les parents réagissent-ils généralement?

Formulation de question adaptée pour le concierge :

Toujours selon ce que vous observez ou entendez dire par les autres intervenants de l'école, comment cela se passe-t-il généralement lorsque les intervenants discutent du problème du TDA/H avec les parents? Êtes-vous au courant de la façon dont réagissent les parents généralement?

10. Est-ce que vous discutez de la question de la médication avec les parents?

10.1 Si oui, comment cela se passe-t-il généralement?

10.2. Sinon, pourquoi?

11. Quelle importance accordez-vous à la médication dans le traitement du TDA/H?

12. Est-ce que vous avez certaines interrogations, questions ou inquiétudes liées à l'usage de la médication (notamment le Ritalin®) dans le traitement du TDA/H? Si oui, quelles sont-elles et pourquoi? Si non, pourquoi?

13. Quels sont, selon vous, les principaux effets désirables (ou positifs) de la médication (notamment le Ritalin®) dans le traitement du TDA/H?

14. Et toujours selon vous, quels sont les principaux effets indésirables (négatifs) de la médication dans le traitement du TDA/H?

APPENDICE C

Résultats du test du chi-deux effectué sur le croisement des groupes enseignants/autres intervenants de l'école et les mots inducteurs

Résultats du test du chi-deux effectué sur le croisement des groupes enseignants/autres intervenants et les mots inducteurs enfant aa * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
enfant aa	bonheur amour	Count	6	2	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		% within enfant aa	75,0%	25,0%	100,0%
		% within groupe	30,0%	28,6%	29,6%
		% of Total	22,2%	7,4%	29,6%
	vue éduc jeu et problèmes	Count	5	1	6
		Expected Count	4,4	1,6	6,0
		% within enfant aa	83,3%	16,7%	100,0%
		% within groupe	25,0%	14,3%	22,2%
		% of Total	18,5%	3,7%	22,2%
	enface idéalisée	Count	9	4	13
		Expected Count	9,6	3,4	13,0
		% within enfant aa	69,2%	30,8%	100,0%
		% within groupe	45,0%	57,1%	48,1%
		% of Total	33,3%	14,8%	48,1%
Total		Count	20	7	27
		Expected Count	20,0	7,0	27,0
		% within enfant aa	74,1%	25,9%	100,0%
		% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	74,1%	25,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,430 ^a	2	,806
Likelihood Ratio	,451	2	,798
Linear-by-Linear Association	,124	1	,725
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,56.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000		^c
		enfant aa Dependent	,000	,000		^c
		groupe Dependent	,000	,000		^c
	Goodman and Kruskal tau	enfant aa Dependent	,008	,024		,811 ^d
		groupe Dependent	,016	,045		,813 ^d
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	,010	,030	,346	,798 ^e
		enfant aa Dependent	,008	,023	,346	,798 ^e
		groupe Dependent	,015	,042	,346	,798 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,126	,806
	Cramer's V	,126	,806
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

enfantbb * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
enfantbb	bonheur amour	Count	7	1	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		% within enfantbb	87,5%	12,5%	100,0%
		% within groupe	35,0%	14,3%	29,6%
		% of Total	25,9%	3,7%	29,6%
	vue éduc jeu et problèmes	Count	7	3	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within enfantbb	70,0%	30,0%	100,0%
		% within groupe	35,0%	42,9%	37,0%
		% of Total	25,9%	11,1%	37,0%
	enfance idéalisée	Count	6	3	9
		Expected Count	6,7	2,3	9,0
		% within enfantbb	66,7%	33,3%	100,0%
		% within groupe	30,0%	42,9%	33,3%
		% of Total	22,2%	11,1%	33,3%
Total		Count	20	7	27
		Expected Count	20,0	7,0	27,0
		% within enfantbb	74,1%	25,9%	100,0%
		% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	74,1%	25,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,094 ^a	2	,579
Likelihood Ratio	1,200	2	,549
Linear-by-Linear Association	,896	1	,344
N of Valid Cases	27		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,07.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,156	,000	1,000
		enfantbb Dependent	,000	,220	,000	1,000
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	enfantbb Dependent	,019	,031		,611 ^d
		groupe Dependent	,041	,065		,590 ^d
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	,027	,045	,584	,549 ^e
enfantbb Dependent		,020	,035	,584	,549 ^e	
groupe Dependent		,039	,066	,584	,549 ^e	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

e. Likelihood ratio chi-square probability.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,201	,579
	Cramer's V	,201	,579
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

enfantcc * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	,nonenseig	
enfantcc	bonheur amour	Count	6	0	6
		Expected Count	4,4	1,6	6,0
		% within enfantcc	100,0%	,0%	100,0%
		% within groupe	30,0%	,0%	22,2%
		% of Total	22,2%	,0%	22,2%
	vue éduc jeu et problèmes	Count	5	5	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within enfantcc	50,0%	50,0%	100,0%
		% within groupe	25,0%	71,4%	37,0%
		% of Total	18,5%	18,5%	37,0%
	enface idéalisée	Count	9	2	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
		% within enfantcc	81,8%	18,2%	100,0%
		% within groupe	45,0%	28,6%	40,7%
		% of Total	33,3%	7,4%	40,7%
Total		Count	20	7	27
		Expected Count	20,0	7,0	27,0
		% within enfantcc	74,1%	25,9%	100,0%
		% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	74,1%	25,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,461 ^a	2	,065
Likelihood Ratio	6,609	2	,037
Linear-by-Linear Association	,154	1	,694
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,56.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,130	,102	1,162	,245
		enfantcc Dependent	,188	,149	1,162	,245
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	enfantcc Dependent	,099	,074		,077 ^d
		groupe Dependent	,202	,133		,072 ^d
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	,149	,079	1,791	,037 ^e
enfantcc Dependent		,115	,063	1,791	,037 ^e	
groupe Dependent		,214	,110	1,791	,037 ^e	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,450	,065
	Cramer's V	,450	,065
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

écoleaa * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
écoleaa	actions éducatives	Count	10	4	14
		Expected Count	10,4	3,6	14,0
		% within écoleaa	71,4%	28,6%	100,0%
		% within groupe	50,0%	57,1%	51,9%
		% of Total	37,0%	14,8%	51,9%
	actions enseignement	Count	6	2	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		% within écoleaa	75,0%	25,0%	100,0%
		% within groupe	30,0%	28,6%	29,6%
		% of Total	22,2%	7,4%	29,6%
	socialisation soutien relations	Count	4	1	5
		Expected Count	3,7	1,3	5,0
		% within écoleaa	80,0%	20,0%	100,0%
		% within groupe	20,0%	14,3%	18,5%
		% of Total	14,8%	3,7%	18,5%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within écoleaa	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,146 ^a	2	,930
Likelihood Ratio	,150	2	,928
Linear-by-Linear Association	,139	1	,709
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		école ^{aa} Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal-tau	école ^{aa} Dependent	,003	,014		,932 ^d
		groupe Dependent	,005	,027		,932 ^d
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	,004	,018	,197	,928 ^e
école ^{aa} Dependent		,003	,014	,197	,928 ^e	
groupe Dependent		,005	,025	,197	,928 ^e	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,074	,930
	Cramer's V	,074	,930
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

écolebb * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
écolebb	actions éducatives	Count	9	2	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
		% within écolebb	81,8%	18,2%	100,0%
		% within groupe	45,0%	28,6%	40,7%
		% of Total	33,3%	7,4%	40,7%
	actions enseignement	Count	3	3	6
		Expected Count	4,4	1,6	6,0
		% within écolebb	50,0%	50,0%	100,0%
		% within groupe	15,0%	42,9%	22,2%
		% of Total	11,1%	11,1%	22,2%
	socialisation soutien relations	Count	8	2	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within écolebb	80,0%	20,0%	100,0%
		% within groupe	40,0%	28,6%	37,0%
		% of Total	29,6%	7,4%	37,0%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within écolebb	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,337 ^a	2	,311
Likelihood Ratio	2,146	2	,342
Linear-by-Linear Association	,016	1	,899
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,56.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,043	,094	,449	,654	
		écolebb Dependent	,063	,135	,449	,654	
	Goodman and Kruskal tau	groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c	
		écolebb Dependent	,035	,050		,404 ^d	
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	écolebb Dependent	,087	,121		,325 ^d
			groupe Dependent	,048	,067	,717	,342 ^e
écolebb Dependent		,037	,052	,717	,342 ^e		
		groupe Dependent	,069	,096	,717	,342 ^e	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,294	,311
	Cramer's V	,294	,311
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

écolecc * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
écolecc	actions éducatives	Count	6	1	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		% within écolecc	85,7%	14,3%	100,0%
		% within groupe	30,0%	14,3%	25,9%
		% of Total	22,2%	3,7%	25,9%
	actions enseignement	Count	3	1	4
		Expected Count	3,0	1,0	4,0
		% within écolecc	75,0%	25,0%	100,0%
		% within groupe	15,0%	14,3%	14,8%
	socialisation soutien relations	Count	11	5	16
		Expected Count	11,9	4,1	16,0
		% within écolecc	68,8%	31,3%	100,0%
% within groupe		55,0%	71,4%	59,3%	
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within écolecc	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,732 ^a	2	,694
Likelihood Ratio	,788	2	,674
Linear-by-Linear Association	,696	1	,404
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,04.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		écolecc Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
Goodman and Kruskal tau		écolecc Dependent	,018	,038		,630 ^d
		groupe Dependent	,027	,055		,703 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,019	,041	,466	,674 ^e
		écolecc Dependent	,015	,033	,466	,674 ^e
		groupe Dependent	,026	,054	,466	,674 ^e

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,165	,694
	Cramer's V	,165	,694
N of Valid Cases		27	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

disciplineaa * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
disciplineaa	régulation et acteurs	Count	9	1	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within disciplineaa	90,0%	10,0%	100,0%
		% within groupe	45,0%	14,3%	37,0%
		% of Total	33,3%	3,7%	37,0%
	nature et bénéfiques	Count	6	4	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within disciplineaa	60,0%	40,0%	100,0%
		% within groupe	30,0%	57,1%	37,0%
		% of Total	22,2%	14,8%	37,0%
	rigueur limites et encadrement	Count	5	2	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		% within disciplineaa	71,4%	28,6%	100,0%
		% within groupe	25,0%	28,6%	25,9%
		% of Total	18,5%	7,4%	25,9%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within disciplineaa	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,378 ^a	2	,305
Likelihood Ratio	2,565	2	,277
Linear-by-Linear Association	,951	1	,330
N of Valid Cases	27		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,125	,081	1,389	,165
		disciplineaa Dependent	,176	,119	1,389	,165
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	disciplineaa Dependent	,049	,056		,277 ^d
		groupe Dependent	,088	,097		,318 ^d
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	disciplineaa Dependent	,057	,066	,859
groupe Dependent			,044	,051	,859	,277 ^e
		groupe Dependent	,083	,095	,859	,277 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,297	,305
	Cramer's V	,297	,305
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

disciplinebb * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
disciplinebb	régulation et acteurs	Count	8	3	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
		% within disciplinebb	72,7%	27,3%	100,0%
		% within groupe	40,0%	42,9%	40,7%
		% of Total	29,6%	11,1%	40,7%
	nature et bénéfiques	Count	2	3	5
		Expected Count	3,7	1,3	5,0
		% within disciplinebb	40,0%	60,0%	100,0%
		% within groupe	10,0%	42,9%	18,5%
		% of Total	7,4%	11,1%	18,5%
	rigueur limites et encadrement	Count	10	1	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
		% within disciplinebb	90,9%	9,1%	100,0%
		% within groupe	50,0%	14,3%	40,7%
		% of Total	37,0%	3,7%	40,7%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within disciplinebb	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,657 ^a	2	,097
Likelihood Ratio	4,580	2	,101
Linear-by-Linear Association	,912	1	,340
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,130	,194	,630	,529
		disciplinebb Dependent	,125	,248	,473	,636
		groupe Dependent	,143	,296	,449	,654
	Goodman and Kruskal tau	disciplinebb Dependent	,072	,062		,155 ^c
		groupe Dependent	,172	,149		,106 ^c
	Uncertainty Coefficient	Symmetric disciplinebb Dependent		,105	,092	1,117
			,081	,072	1,117	,101 ^d
groupe Dependent			,148	,130	1,117	,101 ^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,415	,097
	Cramer's V	,415	,097
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

disciplinecc * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
disciplinecc	régulation et acteurs	Count	8	4	12
		Expected Count	8,9	3,1	12,0
		% within disciplinecc	66,7%	33,3%	100,0%
		% within groupe	40,0%	57,1%	44,4%
		% of Total	29,6%	14,8%	44,4%
	nature et bénéfiques	Count	7	1	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		% within disciplinecc	87,5%	12,5%	100,0%
		% within groupe	35,0%	14,3%	29,6%
		% of Total	25,9%	3,7%	29,6%
	rigueur limites et encadrement	Count	5	2	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		% within disciplinecc	71,4%	28,6%	100,0%
		% within groupe	25,0%	28,6%	25,9%
		% of Total	18,5%	7,4%	25,9%
Total		Count	20	7	27
		Expected Count	20,0	7,0	27,0
		% within disciplinecc	74,1%	25,9%	100,0%
		% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	74,1%	25,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,119 ^a	2	,571
Likelihood Ratio	1,223	2	,543
Linear-by-Linear Association	,137	1	,711
N of Valid Cases	27		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		disciplinecc	,000	,000	, ^c	, ^c
		Dependent groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	disciplinecc	,022	,037		,567 ^d
		Dependent groupe Dependent	,041	,066		,583 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,028	,047	,588	,543 ^e
		disciplinecc	,021	,036	,588	,543 ^e
		Dependent groupe Dependent	,040	,067	,588	,543 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,204	,571
	Cramer's V	,204	,571
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

hyperactivitéaa * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
hyperactivitéaa	symptômes et caractéristiques	Count	14	6	20
		Expected Count	14,8	5,2	20,0
		% within hyperactivitéaa	70,0%	30,0%	100,0%
		% within groupe	70,0%	85,7%	74,1%
		% of Total	51,9%	22,2%	74,1%
	impact intervenants modalités prob et doutes	Count	6	1	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		% within hyperactivitéaa	85,7%	14,3%	100,0%
		% within groupe	30,0%	14,3%	25,9%
		% of Total	22,2%	3,7%	25,9%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within hyperactivitéaa	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,667 ^b	1	,414		
Continuity ^a Correction	,100	1	,752		
Likelihood Ratio	,727	1	,394		
Fisher's Exact Test				,633	,393
Linear-by-Linear Association	,642	1	,423		
N of Valid Cases	27				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		hyperactivité ^{aa}	,000	,000	, ^c	, ^c
		Dependent groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	hyperactivité ^{aa}	,025	,052		,423 ^d
		Dependent groupe Dependent	,025	,052		,423 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,024	,052	,451	,394 ^e
		hyperactivité ^{aa}	,024	,052	,451	,394 ^e
		Dependent groupe Dependent	,024	,052	,451	,394 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,157	,414
	Cramer's V	,157	,414
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

hyperactivitébb * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
hyperactivitébb	symptômes et caractéristiques	Count	9	5	14
		Expected Count	10,4	3,6	14,0
		% within hyperactivitébb	64,3%	35,7%	100,0%
		% within groupe	45,0%	71,4%	51,9%
		% of Total	33,3%	18,5%	51,9%
	impact intervenants modalités prob et doutes	Count	11	2	13
		Expected Count	9,6	3,4	13,0
		% within hyperactivitébb	84,6%	15,4%	100,0%
		% within groupe	55,0%	28,6%	48,1%
		% of Total	40,7%	7,4%	48,1%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within hyperactivitébb	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,451 ^b	1	,228		
Continuity ^a Correction	,585	1	,444		
Likelihood Ratio	1,492	1	,222		
Fisher's Exact Test				,385	,224
Linear-by-Linear Association	1,397	1	,237		
N of Valid Cases	27				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,37.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,100	,212	,449	,654
		hyperactivitébb Dependent	,154	,316	,449	,654
		groupe Dependent	,000	,000	^c	^c
	Goodman and Kruskal tau	hyperactivitébb Dependent	,054	,083		,237 ^d
		groupe Dependent	,054	,084		,237 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,044	,069	,627	,222 ^e
		hyperactivitébb Dependent	,040	,064	,627	,222 ^e
		groupe Dependent	,048	,076	,627	,222 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,232	,228
	Cramer's V	,232	,228
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

hyperactivitécc * groupe

Crosstab

		groupe		Total
		enseig	nonenseig	
hyperactivitécc symptômes et caractéristiques	Count	10	4	14
	Expected Count	10,4	3,6	14,0
	% within hyperactivitécc	71,4%	28,6%	100,0%
	% within groupe	50,0%	57,1%	51,9%
	% of Total	37,0%	14,8%	51,9%
impact intervenants modalités prob et doute	Count	10	3	13
	Expected Count	9,6	3,4	13,0
	% within hyperactivitécc	76,9%	23,1%	100,0%
	% within groupe	50,0%	42,9%	48,1%
	% of Total	37,0%	11,1%	48,1%
Total	Count	20	7	27
	Expected Count	20,0	7,0	27,0
	% within hyperactivitécc	74,1%	25,9%	100,0%
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,106 ^b	1	,745		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,106	1	,744		
Fisher's Exact Test				1,000	,546
Linear-by-Linear Association	,102	1	,749		
N of Valid Cases	27				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,37.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		hyperactivitécc Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	hyperactivitécc Dependent	,004	,024		,749 ^d
		groupe Dependent	,004	,024		,749 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,003	,019	,163	,744 ^e
		hyperactivitécc Dependent	,003	,017	,163	,744 ^e
		groupe Dependent	,003	,021	,163	,744 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,063	,745
	Cramer's V	,063	,745
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

médicamentbb * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
médicamentbb	types méd, modalités et sympt	Count	8	2	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within médicamentbb	80,0%	20,0%	100,0%
		% within groupe	40,0%	28,6%	37,0%
		% of Total	29,6%	7,4%	37,0%
	rejet et inquiétudes	Count	8	2	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		% within médicamentbb	80,0%	20,0%	100,0%
		% within groupe	40,0%	28,6%	37,0%
		% of Total	29,6%	7,4%	37,0%
	imp effets positifs	Count	4	3	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		% within médicamentbb	57,1%	42,9%	100,0%
		% within groupe	20,0%	42,9%	25,9%
		% of Total	14,8%	11,1%	25,9%
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within médicamentbb	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,411 ^a	2	,494
Likelihood Ratio	1,326	2	,515
Linear-by-Linear Association	,951	1	,330
N of Valid Cases	27		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,042	,091	,449	,654
		médicamentbb Dependent	,059	,128	,449	,654
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	médicamentbb Dependent	,023	,041		,552 ^d
		groupe Dependent	,052	,093		,507 ^d
	Uncertainty Coefficient	Symmetric	,030	,052	,566	,515 ^e
		médicamentbb Dependent	,023	,040	,566	,515 ^e
		groupe Dependent	,043	,075	,566	,515 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,229	,494
	Cramer's V	,229	,494
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

medicamentcc * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
medicamentcc	types méd, modalités et sympt	Count	6	1	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		% within medicamentcc	85,7%	14,3%	100,0%
		% within groupe	30,0%	14,3%	25,9%
		% of Total	22,2%	3,7%	25,9%
	rejet et inquiétudes	Count	9	5	14
		Expected Count	10,4	3,6	14,0
		% within medicamentcc	64,3%	35,7%	100,0%
		% within groupe	45,0%	71,4%	51,9%
		% of Total	33,3%	18,5%	51,9%
	imp effets positifs	Count	5	1	6
		Expected Count	4,4	1,6	6,0
% within medicamentcc		83,3%	16,7%	100,0%	
% within groupe		25,0%	14,3%	22,2%	
% of Total		18,5%	3,7%	22,2%	
Total	Count	20	7	27	
	Expected Count	20,0	7,0	27,0	
	% within medicamentcc	74,1%	25,9%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	74,1%	25,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,460 ^a	2	,482
Likelihood Ratio	1,506	2	,471
Linear-by-Linear Association	,026	1	,872
N of Valid Cases	27		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,56.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		medicamentcc	,000	,000	, ^c	, ^c
		Dependent groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	medicamentcc	,033	,051		,423 ^d
		Dependent groupe Dependent	,054	,083		,495 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,035	,055	,632	,471 ^e
		medicamentcc	,027	,043	,632	,471 ^e
		Dependent groupe Dependent	,049	,076	,632	,471 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,233	,482
	Cramer's V	,233	,482
N of Valid Cases		27	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ritalinbb * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
ritalinbb	symptômes	Count	5	1	6
		Expected Count	4,5	1,5	6,0
		% within ritalinbb	83,3%	16,7%	100,0%
		% within groupe	27,8%	16,7%	25,0%
		% of Total	20,8%	4,2%	25,0%
	solutions (temporaires et nécessaires)	Count	7	3	10
		Expected Count	7,5	2,5	10,0
		% within ritalinbb	70,0%	30,0%	100,0%
		% within groupe	38,9%	50,0%	41,7%
		% of Total	29,2%	12,5%	41,7%
	abus et interrogations	Count	6	2	8
		Expected Count	6,0	2,0	8,0
		% within ritalinbb	75,0%	25,0%	100,0%
		% within groupe	33,3%	33,3%	33,3%
		% of Total	25,0%	8,3%	33,3%
Total	Count	18	6	24	
	Expected Count	18,0	6,0	24,0	
	% within ritalinbb	75,0%	25,0%	100,0%	
	% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	75,0%	25,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,356 ^a	2	,837
Likelihood Ratio	,371	2	,831
Linear-by-Linear Association	,092	1	,761
N of Valid Cases	24		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	, ^c	, ^c
		ritalinbb Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
Goodman and Kruskal tau		ritalinbb Dependent	,007	,023		,849 ^d
		groupe Dependent	,015	,046		,843 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,009	,030	,313	,831 ^e
		ritalinbb Dependent	,007	,023	,313	,831 ^e
		groupe Dependent	,014	,044	,313	,831 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

e. Likelihood ratio chi-square probability.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,122	,837
	Cramer's V	,122	,837
N of Valid Cases		24	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ritalincc * groupe

Crosstab

			groupe		Total
			enseig	nonenseig	
ritalincc	symptômes	Count	5	0	5
		Expected Count	3,8	1,3	5,0
		% within ritalincc	100,0%	,0%	100,0%
		% within groupe	33,3%	,0%	25,0%
		% of Total	25,0%	,0%	25,0%
	solutions (temporaires et nécessaires)	Count	3	3	6
		Expected Count	4,5	1,5	6,0
		% within ritalincc	50,0%	50,0%	100,0%
		% within groupe	20,0%	60,0%	30,0%
		% of Total	15,0%	15,0%	30,0%
	abus et interrogations	Count	7	2	9
		Expected Count	6,8	2,3	9,0
		% within ritalincc	77,8%	22,2%	100,0%
		% within groupe	46,7%	40,0%	45,0%
		% of Total	35,0%	10,0%	45,0%
Total		Count	15	5	20
		Expected Count	15,0	5,0	20,0
		% within ritalincc	75,0%	25,0%	100,0%
		% within groupe	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	75,0%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,704 ^a	2	,157
Likelihood Ratio	4,641	2	,098
Linear-by-Linear Association	,384	1	,536
N of Valid Cases	20		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,25.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,063	,134	,449	,653
		ritalincc Dependent	,091	,194	,449	,653
		groupe Dependent	,000	,000	, ^c	, ^c
	Goodman and Kruskal tau	ritalincc Dependent	,080	,069		,218 ^d
		groupe Dependent	,185	,142		,172 ^d
Uncertainty Coefficient		Symmetric	,142	,084	1,595	,098 ^e
		ritalincc Dependent	,109	,066	1,595	,098 ^e
		groupe Dependent	,206	,117	1,595	,098 ^e

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,430	,157
	Cramer's V	,430	,157
N of Valid Cases		20	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

APPENDICE D

Résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples effectuée à partir de l'épreuve d'associations de mots sur tous les premiers induits

MULTIPLE CORRESPONDENCE ANALYSIS
 ELIMINATION OF ACTIVE CATEGORIES WITH SMALL WEIGHTS
 THRESHOLD (PCMIN) : 2.00 % WEIGHT: 0.54
 BEFORE CLEANING : 6 ACTIVE QUESTIONS 31 ASSOCIATE CATEGORIES
 AFTER CLEANING : 6 ACTIVE QUESTIONS 28 ASSOCIATE CATEGORIES
 TOTAL WEIGHT OF ACTIVE CASES : 27.00
 MARGINAL DISTRIBUTIONS OF ACTIVE QUESTIONS

CATEGORIES | BEFORE CLEANING | AFTER CLEANING
 IDENT LABEL | COUNT WEIGHT | COUNT WEIGHT HISTOGRAM OF RELATIVE WEIGHTS.

```

3 . enfants
EN01 - bonheur amour | 8 8.00 | 8 8.00 *****
EN02 - ludiques | 4 4.00 | 4 4.00 *****
EN03 - enfance idéalisée | 13 13.00 | 13 13.00 *****
EN04 - prob éducatifs | 2 2.00 | 2 2.00 *****

6 . écoles
EC01 - actions éducatives | 14 14.00 | 14 14.00 *****
EC02 - actions enseignement | 8 8.00 | 8 8.00 *****
EC03 - socialisation | 3 3.00 | 3 3.00 *****
EC04 - aide soutien | 0 0.00 |
EC05 - rel école-fam-sociét | 2 2.00 | 2 2.00 *****

9 . disciplines
DI01 - régulation | 6 6.00 | 6 6.00 *****
DI02 - nature et bénéfices | 10 10.00 | 10 10.00 *****
DI03 - rigueur limites enca | 7 7.00 | 7 7.00 *****
DI04 - acteurs | 4 4.00 | 4 4.00 *****

12 . hyperactivité
HY01 - motricité agitation | 12 12.00 | 12 12.00 *****
HY02 - impact intervenants | 4 4.00 | 4 4.00 *****
HY03 - caract. psychosoc po | 2 2.00 | 2 2.00 *****
HY04 - difficultés psychosoc | 4 4.00 | 4 4.00 *****
HY05 - prob attention conce | 2 2.00 | 2 2.00 *****
HY06 - rech solutions et mo | 1 1.00 | 1 1.00 ***
HY07 - doute et questionne | 2 2.00 | 2 2.00 *****

15 . médicaments
ME01 - types médicament | 7 7.00 | 7 7.00 *****
ME02 - symptômes maladie | 7 7.00 | 7 7.00 *****
ME03 - rejet médicament | 6 6.00 | 6 6.00 *****
ME04 - importance effets po | 7 7.00 | 7 7.00 *****
ME05 - remises en question | 0 0.00 |
ME06 - médication associée | 0 0.00 |

18 . ritalina
RI01 - symptômes TDA/H | 7 7.00 | 7 7.00 *****
RI02 - solution temporaire | 3 3.00 | 3 3.00 *****
RI03 - solution nécessaire | 8 8.00 | 8 8.00 *****
RI04 - interrogations trait | 4 4.00 | 4 4.00 *****
RI05 - usage abusif et effe | 5 5.00 | 5 5.00 *****

```

EIGENVALUES
 COMPUTATIONS PRECISION SUMMARY : TRACR BEFORE DIAGONALISATION.. 3.6667
 SUM OF EIGENVALUES..... 3.6667
 HISTOGRAM OF THE FIRST 22 EIGENVALUES

NUMBER	EIGENVALUE	PERCENTAGE	CUMULATED
1	0.5380	14.67	14.67
2	0.4236	11.55	26.23
3	0.3693	10.07	36.30
4	0.3169	8.64	44.94
5	0.2814	7.68	52.61
6	0.2432	6.63	59.25
7	0.2280	6.22	65.47
8	0.2065	5.63	71.10
9	0.1856	5.06	76.16
10	0.1681	4.59	80.74
11	0.1592	4.34	85.09
12	0.1165	3.18	88.26
13	0.1035	2.82	91.09
14	0.0894	2.44	93.53
15	0.0663	1.81	95.33
16	0.0508	1.39	96.72
17	0.0404	1.10	97.82
18	0.0330	0.90	98.72
19	0.0216	0.59	99.31
20	0.0148	0.40	99.72
21	0.0070	0.19	99.91
22	0.0034	0.09	100.00

RESEARCH OF IRREGULARITIES (THIRD DIFFERENCES)

IRREGULARITY	IRREGULARITY
BETWEEN	VALUE
1 -- 2	-58.43
11 -- 12	-42.35
5 -- 6	-29.43
3 -- 4	-19.77
14 -- 15	-7.89
18 -- 19	-6.85
15 -- 16	-2.04

RESEARCH OF IRREGULARITIES (SECOND DIFFERENCES)

IRREGULARITY	IRREGULARITY
BETWEEN	VALUE
1 -- 2	60.25
11 -- 12	29.80
5 -- 6	23.07
3 -- 4	16.98
9 -- 10	8.51

14 -- 15	7.69	*****
15 -- 16	5.02	*****
18 -- 19	4.51	****
8 -- 9	3.52	****
16 -- 17	2.98	***
2 -- 3	1.82	**
7 -- 8	0.59	*

LOADINGS, CONTRIBUTIONS AND SQUARED COSINES OF ACTIVE CATEGORIES
AXES 1 TO 5

CATEGORIES	LOADINGS	CONTRIBUTIONS	SQUARED COSINES	
IDEN - LABEL REL. WT. DISTO	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
3. enfance				
EN01 - bonheur amour	4.94 2.38	1.01 0.08 -0.51 -0.42 -0.01	9.3 0.1 3.4 2.8 0.0	0.43 0.00 0.11 0.07 0.00
EN02 - ludiques	2.47 5.75	-1.26 0.24 0.48 -0.39 -0.67	7.3 0.3 1.5 1.2 4.0	0.28 0.01 0.04 0.03 0.08
EN03 - enfance idéalisée	8.02 1.08	-0.15 -0.39 0.09 0.39 0.33	0.3 2.8 0.2 3.9 3.2	0.02 0.14 0.01 0.14 0.10
EN04 - prob éducatifs	1.23 12.50	-0.55 1.73 0.48 -0.08 -0.80	0.7 8.7 0.8 0.0 2.8	0.02 0.24 0.02 0.00 0.05
CUMULATED CONTRIBUTION = 17.7 11.9 5.9 7.8 10.0				
6. écoles				
EC01 - actions éducatives	8.64 0.93	-0.21 -0.31 -0.12 0.47 0.22	0.7 2.0 0.3 6.0 1.4	0.05 0.10 0.02 0.24 0.05
EC02 - actions enseignement	4.94 2.38	-0.56 0.63 -0.22 -0.78 0.13	2.9 4.6 0.6 9.4 0.3	0.13 0.16 0.02 0.25 0.01
EC03 - socialisation	1.85 8.00	1.62 0.25 -0.03 0.74 -1.13	9.0 0.3 0.0 3.2 8.5	0.33 0.01 0.00 0.07 0.16
EC05 - rel école-fam-sociét	1.23 12.50	1.28 -0.70 1.78 -1.28 -0.33	3.7 1.4 10.6 6.4 0.5	0.13 0.04 0.25 0.13 0.01
CUMULATED CONTRIBUTION = 16.3 8.3 11.6 25.0 10.7				
9. disciplines				
D101 - régulation	3.70 3.50	0.90 0.38 0.40 0.99 -0.41	5.5 1.3 1.6 11.4 2.2	0.23 0.04 0.04 0.28 0.05
D102 - nature et bénéfiques	6.17 1.70	0.02 0.49 -0.73 -0.57 0.58	0.0 3.5 9.0 6.4 7.3	0.00 0.14 0.32 0.19 0.20
D103 - rigueur limites enca	4.12 2.86	-0.96 -0.46 0.30 0.42 0.00	7.3 2.1 1.0 2.4 0.0	0.32 0.07 0.03 0.06 0.00
D104 - acteurs	2.47 5.75	0.29 -1.00 0.72 -0.77 -0.82	0.4 5.8 3.4 4.6 5.9	0.01 0.17 0.09 0.10 0.12
CUMULATED CONTRIBUTION = 13.3 12.7 15.0 24.8 15.4				
12. hyperactivité				
HY01 - motricité agitation	7.41 1.25	-0.20 -0.20 0.66 0.24 0.25	0.6 0.7 8.8 1.3 1.6	0.03 0.03 0.35 0.05 0.05
HY02 - impact intervenants	2.47 5.75	0.89 0.89 -0.05 0.47 0.47	3.6 4.7 0.0 1.7 1.9	0.14 0.14 0.00 0.04 0.04
HY03 - caract. psychosoc po	1.23 12.50	2.06 -0.39 0.29 -0.91 -1.81	9.8 0.4 0.3 3.2 14.4	0.34 0.01 0.01 0.07 0.26
HY04 - difficultés psychosoc	2.47 5.75	-0.11 -0.45 -1.04 -0.31 0.74	0.1 1.2 7.2 0.8 4.8	0.00 0.04 0.19 0.02 0.10
HY05 - prob attention enca	1.23 12.50	-1.25 2.37 -0.15 -1.06 -0.93	3.6 16.4 0.1 4.4 3.8	0.12 0.45 0.00 0.09 0.07
HY06 - rech solutions et mo	0.62 26.00	-1.32 -1.69 -0.30 1.34 -0.89	2.0 4.2 0.2 3.5 1.7	0.07 0.11 0.00 0.07 0.03
HY07 - doutes et questionne	1.23 12.50	-0.48 -0.84 -1.79 -0.44 -0.71	0.5 2.1 10.7 0.8 2.2	0.02 0.06 0.26 0.02 0.04
CUMULATED CONTRIBUTION = 20.1 29.6 27.2 15.7 30.5				
15. médicaments				
ME01 - types médicament	4.32 2.86	-0.85 1.03 0.21 0.05 -0.05	5.8 10.9 0.5 0.0 0.0	0.25 0.37 0.02 0.00 0.00
ME02 - symptômes maladie	4.32 2.86	-0.62 -1.01 -0.69 -0.10 -0.31	3.1 10.3 5.5 0.1 1.5	0.14 0.35 0.16 0.00 0.03
ME03 - rejet médicament	3.70 3.50	0.97 0.11 -0.57 0.79 0.13	6.4 0.1 3.2 7.3 0.2	0.27 0.00 0.09 0.18 0.00
ME04 - importance effets po	4.32 2.86	0.65 -0.12 0.96 -0.63 0.25	3.4 0.2 10.8 5.5 1.0	0.15 0.01 0.32 0.14 0.02
CUMULATED CONTRIBUTION = 18.8 21.5 20.1 12.9 2.7				
18. ritaline				
R101 - symptômes TDA/H	4.32 2.86	-1.00 -0.45 0.05 0.02 -0.85	8.1 2.0 0.0 0.0 11.1	0.35 0.07 0.00 0.00 0.25
R102 - solution temporaire	1.85 8.00	0.96 -0.17 -1.84 -0.13 -0.75	3.2 0.1 17.0 0.1 3.7	0.12 0.00 0.42 0.00 0.07
R103 - solution nécessaire	4.94 2.38	0.53 -0.11 0.30 -0.49 0.59	2.6 0.1 1.2 3.7 6.0	0.12 0.01 0.04 0.10 0.15
R104 - interrogations trait	2.47 5.75	0.04 1.50 0.10 1.13 -0.27	0.0 13.1 0.1 9.9 0.6	0.00 0.39 0.00 0.22 0.01
R105 - usage abusif et effe	3.09 4.40	-0.05 -0.30 0.47 -0.07 0.92	0.0 0.6 1.9 0.0 9.3	0.00 0.02 0.00 0.05 0.00
CUMULATED CONTRIBUTION = 13.9 16.1 20.2 13.8 30.8				

LOADINGS AND TEST-VALUES OF CATEGORIES
AXES 1 TO 5

CATEGORIES	TEST-VALUES	LOADINGS
IDEN - LABEL COUNT ABS.WT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 DISTO.
3. enfance		
EN01 - bonheur amour	8 8.00	3.3 0.3 -1.7 -1.4 0.0 1.01 0.08 -0.51 -0.42 -0.01 2.38
EN02 - ludiques	4 4.00	-2.7 0.5 1.0 -0.8 -1.4 -1.26 0.24 0.48 -0.39 -0.67 5.75
EN03 - enfance idéalisée	13 13.00	-0.7 3.9 0.4 1.9 1.6 -0.15 -0.39 0.09 0.39 0.33 1.08
EN04 - prob éducatifs	2 2.00	-0.6 2.5 0.7 -0.1 1.1 -0.55 1.73 0.48 -0.08 -0.80 12.50
6. écoles		
EC01 - actions éducatives	14 14.00	-1.1 -1.6 -0.6 2.5 1.1 -0.21 -0.31 -0.12 0.47 0.22 0.93
EC02 - actions enseignement	8 8.00	-1.8 2.1 -0.7 -2.6 0.4 -0.56 0.63 -0.22 -0.78 0.13 2.38
EC03 - socialisation	3 3.00	2.9 0.5 -0.1 1.3 -2.0 1.62 0.25 -0.03 0.74 -1.13 8.00
EC04 - aide soutien	0 0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
EC05 - rel école-fam-sociét	2 2.00	1.8 -1.0 2.6 -1.9 -0.5 1.28 -0.70 1.78 -1.28 -0.33 12.50
9. disciplines		
D101 - régulation	6 6.00	2.4 1.0 1.1 2.7 -1.1 0.90 0.38 0.40 0.99 -0.41 3.50
D102 - nature et bénéfiques	10 10.00	0.1 1.9 -2.9 -2.2 2.3 0.02 0.49 -0.73 -0.57 0.58 1.70
D103 - rigueur limites enca	7 7.00	-2.9 -1.4 0.9 1.3 0.0 -0.96 -0.46 0.30 0.42 0.00 2.86
D104 - acteurs	4 4.00	0.6 -2.1 1.5 -1.6 -1.7 0.29 -1.00 0.72 -0.77 -0.82 5.75
12. hyperactivité		
HY01 - motricité agitation	12 12.00	-0.9 -0.9 3.0 1.1 1.1 -0.20 -0.20 0.66 0.24 0.25 1.25
HY02 - impact intervenants	4 4.00	1.9 1.9 -0.1 1.0 1.0 0.89 0.89 -0.05 0.47 0.47 5.75
HY03 - caract. psychosoc po	2 2.00	3.0 -0.6 0.4 -1.3 -2.6 2.06 -0.39 0.29 -0.91 -1.81 12.50
HY04 - difficultés psychosoc	4 4.00	-0.2 -1.0 -2.2 -0.7 1.6 -0.11 -0.45 -1.04 -0.31 0.74 5.75
HY05 - prob attention enca	2 2.00	-1.8 3.9 -0.2 -1.5 -1.3 -1.25 2.37 -0.15 -1.06 -0.93 12.50
HY06 - rech solutions et mo	1 1.00	-1.3 -1.7 -0.3 1.3 -0.9 -1.32 -1.69 -0.30 1.34 -0.89 26.00
HY07 - doutes et questionne	2 2.00	-0.7 -1.2 -2.6 -0.6 -1.0 -0.48 -0.84 -1.79 -0.44 -0.71 12.50
15. médicaments		
ME01 - types médicament	7 7.00	-2.6 3.1 0.6 0.2 -0.2 -0.85 1.03 0.21 0.05 -0.05 2.86
ME02 - symptômes maladie	7 7.00	-1.9 -3.0 -2.1 -0.3 -0.9 -0.62 -1.01 -0.69 -0.10 -0.31 2.86
ME03 - rejet médicament	6 6.00	2.6 0.3 -1.5 2.2 0.3 0.97 0.11 -0.57 0.79 0.13 3.50
ME04 - importance effets po	7 7.00	2.0 -0.4 2.9 -1.9 0.8 0.65 -0.12 0.96 -0.63 0.25 2.86
ME05 - remise en question	0 0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
ME06 - médication associée	0 0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
18. ritaline		
R101 - symptômes TDA/H	7 7.00	-3.0 -1.3 0.2 0.1 -2.6 -1.00 -0.45 0.05 0.02 -0.85 2.86
R102 - solution temporaire	3 3.00	1.7 -0.3 -3.3 -0.2 -1.4 0.96 -0.17 -1.84 -0.13 -0.75 8.00
R103 - solution nécessaire	8 8.00	1.7 -0.4 1.0 -1.6 1.9 0.53 -0.11 0.30 -0.49 0.59 2.38
R104 - interrogations trait	4 4.00	0.1 3.2 0.2 2.4 -0.6 0.04 1.50 0.10 1.13 -0.27 5.75
R105 - usage abusif et effe	5 5.00	-0.1 -0.7 1.1 -0.2 2.2 -0.05 -0.30 0.47 -0.07 0.92 4.40
2. groupe		
GR01 - enseig	20 20.00	-0.3 -1.7 0.6 -1.5 -1.3 -0.04 -0.20 0.06 -0.17 -0.15 0.35
GR02 - autres intervenants	7 7.00	0.3 1.7 -0.6 1.5 1.3 0.12 0.57 -0.18 0.49 0.44 2.86

APPENDICE E

Résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples effectuée à partir de l'épreuve d'association de mots sur tous les deuxièmes induits

MULTIPLE CORRESPONDENCE ANALYSIS
 ELIMINATION OF ACTIVE CATEGORIES WITH SMALL WEIGHTS
 THRESHOLD (PCMIN) : 2.00 % WEIGHT: 0.54
 BEFORE CLEANING : 6 ACTIVE QUESTIONS 31 ASSOCIATE CATEGORIES
 AFTER CLEANING : 6 ACTIVE QUESTIONS 30 ASSOCIATE CATEGORIES
 TOTAL WEIGHT OF ACTIVE CASES : 27.00
 MARGINAL DISTRIBUTIONS OF ACTIVE QUESTIONS

CATEGORIES | BEFORE CLEANING | AFTER CLEANING
 IDENT LABEL | COUNT WEIGHT | COUNT WEIGHT HISTOGRAM OF RELATIVE WEIGHTS.

CATEGORIES	BEFORE CLEANING	AFTER CLEANING
IDENT LABEL	COUNT WEIGHT	COUNT WEIGHT HISTOGRAM OF RELATIVE WEIGHTS.
4 . enfants		
EN01 - bonheur amour	8 8.00	8 8.00 *****
EN02 - ludiques	6 6.00	6 6.00 *****
EN03 - enfance idéalisée	9 9.00	9 9.00 *****
EN04 - prob éducatifs	4 4.00	4 4.00 *****
7 . ecoleb		
EC01 - actions éducatives	11 11.00	11 11.00 *****
EC02 - actions enseignement	6 6.00	6 6.00 *****
EC03 - socialisation	3 3.00	3 3.00 *****
EC04 - aide soutien	5 5.00	5 5.00 *****
EC05 - rel école-fam-société	2 2.00	2 2.00 *****
10 . disciplinéb		
DI01 - régulation	7 7.00	7 7.00 *****
DI02 - nature et bénéfiques	5 5.00	5 5.00 *****
DI03 - rigueur limites ence	11 11.00	11 11.00 *****
DI04 - acteurs	4 4.00	4 4.00 *****
13 . hyperactivité		
HY01 - motricité agitation	6 6.00	6 6.00 *****
HY02 - impact intervenants	5 5.00	5 5.00 *****
HY03 - caract. psychosoc po	2 2.00	2 2.00 *****
HY04 - difficultés psychosoc	4 4.00	4 4.00 *****
HY05 - prob attention conce	2 2.00	2 2.00 *****
HY06 - rach solutions et mo	6 6.00	6 6.00 *****
HY07 - doutes et questions	2 2.00	2 2.00 *****
16 . médicaments		
ME01 - types médicament	0 0.00	
ME02 - symptômes maladie	7 7.00	7 7.00 *****
ME03 - rejet médicament	5 5.00	5 5.00 *****
ME04 - importance effets po	7 7.00	7 7.00 *****
ME05 - remises en question	5 5.00	5 5.00 *****
ME06 - médication associée	3 3.00	3 3.00 *****
19 . ritelinb		
RI01 - symptômes TDA/H	6 6.00	6 6.00 *****
RI02 - solution temporaire	2 2.00	2 2.00 *****
RI03 - solution nécessaire	8 8.00	8 8.00 *****
RI04 - interrogations trait	8 8.00	8 8.00 *****
RI05 - usage abusif et effe	3 3.00	3 3.00 *****

EIGENVALUES
 COMPUTATIONS PRECISION SUMMARY : TRACE BEFORE DIAGONALISATION.. 4.0000
 SUM OF EIGENVALUES..... 4.0000
 HISTOGRAM OF THE FIRST 24 EIGENVALUES

NUMBER	EIGENVALUE	PERCENTAGE	CUMULATED
		PERCENTAGE	
1	0.5314	13.29	13.29
2	0.4317	10.79	24.08
3	0.4160	10.40	34.48
4	0.3627	9.07	43.55
5	0.3291	8.23	51.77
6	0.2814	7.03	58.81
7	0.2430	6.08	64.88
8	0.2147	5.37	70.25
9	0.2049	5.12	75.37
10	0.1771	4.43	79.80
11	0.1576	3.94	83.74
12	0.1203	3.01	86.75
13	0.1064	2.66	89.41
14	0.0909	2.27	91.68
15	0.0846	2.12	93.80
16	0.0812	2.03	95.83
17	0.0533	1.33	97.16
18	0.0423	1.06	98.22
19	0.0272	0.68	98.90
20	0.0206	0.52	99.41
21	0.0110	0.28	99.69
22	0.0068	0.17	99.86
23	0.0041	0.10	99.96
24	0.0016	0.04	100.00

RESEARCH OF IRREGULARITIES (THIRD DIFFERENCES)

IRREGULARITY	IRREGULARITY
BETWEEN	VALUE
1 -- 2	-121.87
7 -- 8	-36.55
3 -- 4	-34.04
16 -- 17	-27.39
11 -- 12	-26.24
18 -- 19	-11.46
13 -- 14	-6.30

RESEARCH OF IRREGULARITIES (SECOND DIFFERENCES)

IRREGULARITY	IRREGULARITY	IRREGULARITY
BETWEEN	VALUE	
1 -- 2	84.14	
11 -- 12	23.37	
3 -- 4	19.80	
7 -- 8	18.50	
16 -- 17	16.87	
6 -- 7	10.06	
5 -- 6	9.43	
13 -- 14	9.18	
18 -- 19	8.45	
9 -- 10	8.39	
20 -- 21	5.43	
14 -- 15	2.88	

LOADINGS, CONTRIBUTIONS AND SQUARED COSINES OF ACTIVE CATEGORIES
AXES 1 TO 5

CATEGORIES	LOADINGS	CONTRIBUTIONS	SQUARED COSINES
IDEN - LABEL REL. WT. DISTO	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4 . enfantb			
EN01 - bonheur amour	4.94 2.38	-0.11 0.89 0.71 0.42 0.47	0.1 9.2 6.0 2.4 3.3
EN02 - ludiques	3.70 3.50	-1.32 -0.45 -0.50 0.05 0.04	12.2 1.7 2.2 0.0 0.0
EN03 - enfance idéalisée	5.56 2.00	0.68 0.15 -0.59 -0.47 -0.38	4.9 0.3 4.6 3.4 2.4
EN04 - prob éducatifs	2.47 5.75	0.66 -1.45 0.66 0.15 -0.14	2.1 12.1 2.5 0.2 0.1
CUMULATED CONTRIBUTION = 19.2 23.3 15.4 6.0 5.9			
7 . ecoleb			
EC01 - actions éducatives	6.79 1.45	0.30 0.14 0.32 0.35 -0.02	1.1 0.3 1.6 2.3 0.0
EC02 - actions enseignement	3.70 3.50	-0.54 -1.09 0.20 -0.34 0.63	2.1 10.2 0.4 1.2 4.5
EC03 - socialisation	1.85 8.00	0.70 0.45 0.56 -0.95 -1.37	1.7 0.9 1.4 4.6 10.6
EC04 - aide soutien	3.09 4.40	-0.79 0.68 -1.11 -0.13 -0.54	3.6 3.3 9.1 0.2 2.7
EC05 - rel école-fam-sociét	1.23 12.50	0.93 0.14 -0.40 0.88 1.60	2.0 0.1 0.5 2.6 9.6
CUMULATED CONTRIBUTION = 10.5 14.8 12.9 10.8 27.4			
10 . disciplineb			
DI01 - régulation	4.32 2.86	-1.03 -0.11 -0.88 -0.18 0.15	8.6 0.1 8.1 0.4 0.3
DI02 - nature et bénéfices	3.09 4.40	1.22 -0.07 -0.35 -0.78 0.82	8.6 0.0 0.9 5.2 6.4
DI03 - rigueur limites enca	6.79 1.45	0.08 0.53 0.39 0.36 -0.66	0.1 4.4 2.4 2.4 8.9
DI04 - acteurs	2.47 5.75	0.05 -1.18 0.92 0.31 0.52	0.0 0.8 0.5 0.7 2.0
CUMULATED CONTRIBUTION = 17.3 12.6 16.4 8.6 17.6			
13 . hyperactivitéb			
HY01 - motricité agitation	3.70 3.50	0.70 -0.88 -0.82 0.29 0.30	3.4 6.7 5.9 0.9 1.0
HY02 - impact intervenants	3.09 4.40	-0.33 0.67 0.66 1.21 0.79	0.6 3.3 3.2 12.5 5.9
HY03 - caract. psychosoc po	1.23 12.50	1.22 -0.32 0.52 -0.10 -1.39	3.5 0.3 0.8 0.0 7.3
HY04 - difficultés pschosc	2.47 5.75	-0.18 1.27 0.19 -0.55 -0.72	0.2 9.2 0.2 2.1 3.9
HY05 - prob attention conce	1.23 12.50	-0.23 0.53 -1.92 0.59 -0.66	0.1 0.8 11.0 1.2 1.6
HY06 - rech solutions et mo	3.70 3.50	-0.84 -0.75 0.47 -0.41 -0.42	4.9 4.8 2.0 1.7 2.0
HY07 - doutes et questionne	1.23 12.50	0.61 0.46 0.41 -2.07 1.85	0.9 0.6 0.5 14.6 12.8
CUMULATED CONTRIBUTION = 13.6 25.6 23.6 32.9 34.5			
16 . médicamentb			
ME01 - symptômes maladie	4.32 2.86	-0.28 0.69 0.39 -0.74 0.28	0.6 4.7 1.6 6.5 1.0
ME03 - rejet médicament	3.09 4.40	0.00 0.02 0.18 0.07 0.32	0.0 0.0 0.2 0.0 1.0
ME04 - importance effets po	4.32 2.86	1.16 -0.48 -0.85 0.25 -0.17	11.0 2.3 7.4 0.8 0.4
ME05 - remises en question	3.09 4.40	-0.46 0.18 0.86 0.84 -0.19	1.2 0.2 5.5 5.9 0.3
ME06 - médication associée	1.85 8.00	-1.31 -0.83 -0.66 -0.36 -0.46	6.0 3.0 1.9 0.7 1.2
CUMULATED CONTRIBUTION = 18.8 10.2 16.6 13.9 3.9			
19 . ritalinb			
RI01 - symptômes TDA/H	3.70 3.50	-1.39 -0.09 -0.20 0.13 0.12	13.5 0.1 0.4 0.2 0.2
RI02 - solution temporaire	1.23 12.50	0.03 1.51 -0.17 -2.08 1.12	0.0 6.5 0.1 14.8 4.7
RI03 - solution nécessaire	4.94 2.38	0.86 0.24 -0.33 0.52 -0.15	6.8 0.6 1.3 3.7 0.3
RI04 - interrogations trait	4.94 2.38	0.13 -0.70 0.88 -0.49 -0.46	0.2 5.6 9.2 3.3 3.2
RI05 - usage abusif et effe	1.85 8.00	0.12 0.41 -0.96 1.06 0.64	0.1 0.7 4.1 5.7 2.3
CUMULATED CONTRIBUTION = 20.5 13.5 15.0 27.7 10.8			

LOADINGS AND TEST-VALUES OF CATEGORIES

AXES 1 TO 5

CATEGORIES	TEST-VALUES	LOADINGS
IDEN - LABEL COUNT ABS. WT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 DISTO.
4 . enfantb		
EN01 - bonheur amour	8 8.00	-0.4 3.0 2.3 1.4 1.5
EN02 - ludiques	6 6.00	-3.6 -1.2 -1.4 0.1 0.1
EN03 - enfance idéalisée	9 9.00	2.5 0.5 -2.1 -1.7 -1.4
EN04 - prob éducatifs	4 4.00	1.4 -3.1 1.4 0.3 -0.3
7 . ecoleb		
EC01 - actions éducatives	11 11.00	1.3 0.6 1.3 1.5 -0.1
EC02 - actions enseignement	6 6.00	-1.5 -3.0 0.5 -0.9 1.7
EC03 - socialisation	3 3.00	1.3 0.8 1.0 -1.7 -2.5
EC04 - aide soutien	5 5.00	-1.9 1.7 -2.7 -0.3 -1.3
EC05 - rel école-fam-sociét	2 2.00	1.3 0.2 -0.6 1.3 2.3
10 . disciplineb		
DI01 - régulation	7 7.00	-3.1 -0.3 -2.7 -0.5 0.4
DI02 - nature et bénéfices	5 5.00	3.0 -0.2 -0.8 -1.9 2.0
DI03 - rigueur limites enca	11 11.00	0.4 2.2 1.6 1.5 -2.8
DI04 - acteurs	4 4.00	0.1 -2.5 2.0 0.7 1.1

APPENDICE F

Résultats de l'analyse factorielle des correspondances multiples effectuée à partir de l'épreuve d'associations de mots sur tous les troisièmes induits

MULTIPLE CORRESPONDENCE ANALYSIS
 ELIMINATION OF ACTIVE CATEGORIES WITH SMALL WEIGHTS
 THRESHOLD (PCMIN) : 2.00 % WEIGHT: 0.54
 BEFORE CLEANING : 6 ACTIVE QUESTIONS 32 ASSOCIATE CATEGORIES
 AFTER CLEANING : 6 ACTIVE QUESTIONS 31 ASSOCIATE CATEGORIES
 TOTAL WEIGHT OF ACTIVE CASES 27.00
 MARGINAL DISTRIBUTIONS OF ACTIVE QUESTIONS

IDENT	CATEGORIES LABEL	BEFORE CLEANING		AFTER CLEANING		HISTOGRAM OF RELATIVE WEIGHTS.
		COUNT	WEIGHT	COUNT	WEIGHT	
5 . enfant						
EN01	- bonheur amour	6	6.00	6	6.00	*****
EN02	- ludiques	6	6.00	6	6.00	*****
EN03	- enfance idéalisée	11	11.00	11	11.00	*****
EN04	- prob éducatifs	4	4.00	4	4.00	*****
8 . ecolec						
EC01	- actions éducatives	7	7.00	7	7.00	*****
EC02	- actions enseignement	4	4.00	4	4.00	*****
EC03	- socialisation	4	4.00	4	4.00	*****
EC04	- aide soutien	7	7.00	7	7.00	*****
EC05	- rel école-fam-sociét	4	4.00	4	4.00	*****
EC06	- category n° 6	1	1.00	1	1.00	***
11 . disciplinéc						
DI01	- régulation	10	10.00	10	10.00	*****
DI02	- nature at bénéfiques	8	8.00	8	8.00	*****
DI03	- rigueur limites enca	7	7.00	7	7.00	*****
DI04	- acteurs	2	2.00	2	2.00	*****
14 . hyperactivitéc						
HY01	- motricité agitation	6	6.00	6	6.00	*****
HY02	- impact intervenants	5	5.00	5	5.00	*****
HY03	- caract. psychosoc po	2	2.00	2	2.00	****
HY04	- difficultés pschosoc	5	5.00	5	5.00	*****
HY05	- prob attention conce	1	1.00	1	1.00	***
HY06	- rech solutions et mo	6	6.00	6	6.00	*****
HY07	- doutes et questionne	2	2.00	2	2.00	*****
17 . médicamentc						
ME01	- types médicament	0	0.00			
ME02	- symptômes maladie	5	5.00	5	5.00	*****
ME03	- rejet médicament	8	8.00	8	8.00	*****
ME04	- importance effets po	6	6.00	6	6.00	*****
ME05	- remises en question	6	6.00	6	6.00	*****
ME06	- médication associée	2	2.00	2	2.00	*****
20 . ritalinc						
RI01	- symptômes tdah	5	5.00	5	5.00	*****
RI02	- solution temporaires	4	4.00	4	4.00	*****
RI03	- solution nécessaire	2	2.00	2	2.00	****
RI04	- interrogations trait	9	9.00	9	9.00	*****
RI05	- usage abusif et effe	7	7.00	7	7.00	*****

EIGENVALUES
 COMPUTATIONS PRECISION SUMMARY : TRACE BEFORE DIAGONALISATION : 4.1667
 SUM OF EIGENVALUES : 4.1667

HISTOGRAM OF THE FIRST 25 EIGENVALUES

NUMBER	EIGENVALUE	PERCENTAGE	CUMULATED PERCENTAGE	
1	0.5110	12.27	12.27	*****
2	0.4759	11.42	23.69	*****
3	0.4268	10.24	33.93	*****
4	0.3846	9.23	43.16	*****
5	0.3391	8.14	51.30	*****
6	0.3229	7.75	59.05	*****
7	0.2817	6.76	65.81	*****
8	0.2614	6.27	72.08	*****
9	0.2220	5.33	77.41	*****
10	0.1734	4.16	81.57	*****
11	0.1694	4.06	85.64	*****
12	0.1310	3.14	88.78	*****
13	0.1184	2.84	91.62	*****
14	0.0841	2.02	93.64	*****
15	0.0637	1.53	95.17	*****
16	0.0507	1.22	96.39	*****
17	0.0409	0.98	97.37	*****
18	0.0350	0.84	98.21	*****
19	0.0232	0.56	98.77	****
20	0.0204	0.48	99.26	****
21	0.0123	0.30	99.55	**
22	0.0066	0.16	99.71	**
23	0.0064	0.15	99.86	*
24	0.0049	0.12	99.98	*
25	0.0008	0.02	100.00	*

RESEARCH OF IRREGULARITIES (THIRD DIFFERENCES)

IRREGULARITY BETWEEN	IRREGULARITY VALUE	
9 -- 10	-78.95	*****
4 -- 5	-54.19	*****
11 -- 12	-47.36	*****
6 -- 7	-40.06	*****
18 -- 19	-14.48	*****
7 -- 3	-10.26	*****
13 -- 14	-6.30	*****
14 -- 15	-4.24	***

RESEARCH OF IRREGULARITIES (SECOND DIFFERENCES)

IRREGULARITY BETWEEN	IRREGULARITY VALUE	
----------------------	--------------------	--

9 -- 10	44.59	*****
4 -- 5	29.25	*****
11 -- 12	25.73	*****
6 -- 7	20.90	*****
13 -- 14	13.78	*****
18 -- 19	9.08	*****
14 -- 15	7.48	*****
2 -- 3	6.91	*****
21 -- 22	5.49	*****
16 -- 17	3.82	*****
15 -- 16	3.24	*****
20 -- 21	2.41	*****

LOADINGS, CONTRIBUTIONS AND SQUARED COSINES OF ACTIVE CATEGORIES
AXES 1 TO 5

CATEGORIES			LOADINGS					CONTRIBUTIONS					SQUARED COSINES				
IDEN - LABEL	REL. WT.	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5 . enfance																	
EN01 - bonheur amour	3.70	3.50	0.45	0.67	0.41	-0.18	-1.12	1.5	3.5	1.4	0.3	13.7	0.06	0.13	0.05	0.01	0.36
EN02 - ludiques	3.70	3.50	-0.54	-0.31	-0.67	-0.62	0.52	2.2	0.7	3.9	3.7	2.9	0.08	0.03	0.13	0.11	0.08
EN03 - enfance idéalisée	6.79	1.45	-0.49	-0.08	0.51	0.28	0.17	3.2	0.1	4.1	1.4	0.5	0.16	0.00	0.18	0.05	0.02
EN04 - prob éducatifs	2.47	5.75	1.49	-0.34	-1.01	0.43	0.45	10.7	0.6	5.9	1.2	1.5	0.38	0.02	0.18	0.03	0.03
			CUMULATED CONTRIBUTION					17.4	5.0	15.4	6.6	18.6					
8 . ecolec																	
EC01 - actions éducatives	4.32	2.86	-0.06	1.27	0.40	0.69	-0.10	0.0	14.7	1.6	5.4	0.1	0.00	0.57	0.06	0.17	0.00
EC02 - actions enseignement	2.47	5.75	0.16	0.68	-1.09	-0.92	0.10	0.1	2.4	6.9	5.4	0.1	0.00	0.08	0.21	0.15	0.00
EC03 - socialisation	2.47	5.75	0.08	-1.03	-0.36	0.78	0.25	0.0	5.5	0.8	3.9	0.5	0.00	0.18	0.02	0.10	0.01
EC04 - aide soutien	4.32	2.86	-0.77	-0.64	-0.13	-0.06	0.11	5.0	3.7	0.2	0.0	0.2	0.21	0.14	0.01	0.00	0.00
EC05 - rel école-fam-sociét	2.47	5.75	1.22	-0.54	1.17	-0.97	0.40	7.2	1.5	8.0	6.1	1.2	0.26	0.05	0.24	0.17	0.03
EC06 - Category n° 6	0.62	26.00	-0.09	-0.92	-0.82	0.03	-3.08	0.0	1.1	1.0	0.0	17.2	0.00	0.03	0.03	0.00	0.36
			CUMULATED CONTRIBUTION					12.4	28.9	18.4	20.8	19.2					
11 . disciplinéc																	
DI01 - régulation	6.17	1.70	0.12	-0.44	-0.34	0.58	0.03	0.2	2.6	1.7	5.3	0.0	0.01	0.12	0.07	0.20	0.00
DI02 - nature et bénéfices	4.94	2.38	0.00	0.27	0.88	-0.41	-0.53	0.0	0.8	9.0	2.1	4.1	0.00	0.03	0.33	0.07	0.12
DI03 - rigueur limites enca	4.32	2.86	-0.83	0.27	-0.05	-0.25	0.56	5.9	0.7	0.0	0.7	3.9	0.24	0.03	0.00	0.02	0.11
DI04 - acteurs	1.23	12.50	2.34	0.19	-1.64	-0.40	0.01	13.2	0.1	7.8	0.5	0.0	0.44	0.00	0.21	0.01	0.00
			CUMULATED CONTRIBUTION					19.2	4.1	18.5	8.6	8.1					
14 . hyperactivitéc																	
HY01 - motricité agitation	3.70	3.50	-0.66	-0.66	-0.13	-0.26	-1.42	3.2	3.4	0.2	0.6	21.9	0.13	0.12	0.01	0.02	0.57
HY02 - impact intervenants	3.09	4.40	-0.67	0.75	0.25	0.61	0.27	2.7	3.6	0.4	3.0	0.7	0.10	0.13	0.01	0.09	0.02
HY03 - caract. psychosoc po	1.23	12.50	-0.16	-1.19	-0.08	-0.09	0.76	0.1	3.7	0.0	0.0	2.1	0.00	0.11	0.00	0.00	0.05
HY04 - difficultés pschococ	3.09	4.40	1.34	0.85	-0.47	0.29	-0.22	10.8	4.7	1.6	0.7	0.5	0.41	0.17	0.05	0.02	0.01
HY05 - prob attention conce	0.62	26.00	-1.48	1.51	-1.61	-3.24	1.37	2.7	3.0	3.7	16.8	3.4	0.08	0.09	0.10	0.40	0.07
HY06 - rech solutions et mo	3.70	3.50	-0.01	-0.38	-0.19	0.55	0.84	0.0	1.1	0.3	2.9	7.7	0.00	0.04	0.01	0.09	0.20
HY07 - doutes et questionne	1.23	12.50	1.24	-0.46	2.42	-1.44	0.16	3.7	0.5	16.9	6.7	0.1	0.12	0.02	0.47	0.17	0.00
			CUMULATED CONTRIBUTION					23.1	20.0	23.2	30.8	36.4					
17 . médicamentc																	
ME02 - symptômes maladie.	3.09	4.40	-0.46	1.55	-0.01	-0.36	0.11	1.3	15.5	0.0	1.0	0.1	0.05	0.54	0.00	0.03	0.00
ME03 - rejet médicament	4.94	2.38	0.51	-0.33	0.80	-0.03	0.57	2.5	1.1	7.3	0.0	4.7	0.11	0.05	0.27	0.00	0.14
ME04 - importance effets po	3.70	3.50	-0.60	-0.32	0.17	0.34	-0.68	2.6	0.8	0.2	1.1	5.1	0.10	0.03	0.01	0.03	0.13
ME05 - remises en question	3.70	3.50	0.55	-0.59	-1.10	-0.19	-0.46	2.2	2.7	10.4	0.4	2.3	0.09	0.10	0.34	0.01	0.06
ME06 - médication associée	1.23	12.50	-0.71	0.18	-0.36	0.58	0.87	1.2	0.1	0.4	1.1	2.7	0.04	0.00	0.01	0.03	0.06
			CUMULATED CONTRIBUTION					9.8	20.3	18.4	3.6	14.9					
20 . ritallinc																	
RI01 - symptômes tdah	3.09	4.40	0.68	1.28	-0.49	0.33	-0.21	2.8	10.7	1.7	0.9	0.4	0.10	0.37	0.05	0.03	0.01
RI02 - solution temporaire	2.47	5.75	-0.22	0.60	0.39	1.33	0.35	0.2	1.9	0.9	11.4	0.9	0.01	0.06	0.03	0.31	0.02
RI03 - solution nécessaire	1.23	12.50	-1.38	0.62	-0.68	-2.09	0.14	4.6	1.0	1.4	14.1	0.1	0.15	0.03	0.04	0.35	0.00
RI04 - interrogations trait	5.56	2.00	-0.63	-0.69	-0.11	0.10	-0.23	4.4	5.5	0.2	0.1	0.8	0.20	0.24	0.01	0.00	0.03
RI05 - usage abusif et effe	4.32	2.86	0.85	-0.55	0.46	-0.53	0.20	6.1	2.7	2.1	3.1	0.5	0.25	0.11	0.07	0.10	0.01
			CUMULATED CONTRIBUTION					18.1	21.8	6.3	29.7	2.8					

LOADINGS AND TEST-VALUES OF CATEGORIES
AXES 1 TO 5

CATEGORIES			TEST-VALUES					LOADINGS					DISTO.
IDEN - LABEL	COUNT	ABS. WT.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5 . enfance													
EN01 - bonheur amour	6	6.00	1.2	1.8	1.1	-0.5	-3.0	0.45	0.67	0.41	-0.18	-1.12	3.50
EN02 - ludiques	6	6.00	-1.5	-0.8	-1.8	-1.7	1.4	-0.54	-0.31	-0.67	-0.62	0.52	3.50
EN03 - enfance idéalisée	11	11.00	-2.1	-0.3	2.2	1.2	0.7	-0.49	-0.08	0.51	0.28	0.17	1.45
EN04 - prob éducatifs	4	4.00	3.2	-0.7	-2.2	0.9	1.0	1.49	-0.34	-1.01	0.43	0.45	5.75
8 . ecolec													
EC01 - actions éducatives	7	7.00	-0.2	3.8	1.2	2.1	-0.3	-0.06	1.27	0.40	0.69	-0.10	2.86
EC02 - actions enseignement	4	4.00	0.3	1.4	-2.3	-2.0	0.2	0.16	0.68	-1.09	-0.92	0.10	5.75
EC03 - socialisation	4	4.00	0.2	-2.2	-0.8	1.6	0.5	0.08	-1.03	-0.36	0.78	0.25	5.75
EC04 - aide soutien	7	7.00	-2.3	-1.9	-0.4	-0.2	0.3	-0.77	-0.64	-0.13	-0.06	0.11	2.86
EC05 - rel école-fam-sociét	4	4.00	2.6	-1.1	2.5	-2.1	0.9	1.22	-0.54	1.17	-0.97	0.40	5.75
EC06 - Category n° 6	1	1.00	-0.1	-0.9	-0.8	0.0	-3.1	-0.09	-0.92	-0.82	0.03	-3.08	26.00
11 . disciplinéc													
DI01 - régulation	10	10.00	0.5	-1.7	-1.3	2.3	0.1	0.12	-0.44	-0.34	0.58	0.03	1.70
DI02 - nature et bénéfices	8	8.00	0.0	0.9	2.9	-1.3	-1.8	0.00	0.27	0.88	-0.41	-0.53	2.38
DI03 - rigueur limites enca	7	7.00	-2.5	0.8	-0.2	-0.7	1.7	-0.83	0.27	-0.05	-0.25	0.56	2.86
DI04 - acteurs	2	2.00	3.4	0.3	-2.4	-0.6	0.0	2.34	0.19	-1.64	-0.40	0.01	12.50
14 . hyperactivitéc													
HY01 - motricité agitation	6	6.00	-1.8	-1.8	-0.4	-0.7	-3.9	-0.66	-0.66	-0.13	-0.26	-1.42	3.50
HY02 - impact intervenants	5	5.00	-1.6	1.8	0.6	1.5	0.7	-0.67	0.75	0.25	0.61	0.27	4.40
HY03 - caract. psychosoc po	2	2.00	-0.2	-1.7	-0.1	-0.1	1.1	-0.16	-1.19	-0.08	-0.09	0.76	12.50
HY04 - difficultés pschococ	5	5.00	3.2	2.1	-1.2	0.7	-0.5	1.34	0.85	-0.47	0.29	-0.22	4.40
HY05 - prob attention conce	1	1.00	-1.5	1.5	-1.6	-3.2	1.4	-1.48	1.51	-1.61	-3.24	1.37	26.00
HY06 - rech solutions et mo	6	6.00	0.0	-1.0	-0.5	1.5	2.3	-0.01	-0.38	-0.19	0.55	0.84	3.50
HY07 - doutes et questionne	2	2.00	1.8	-0.7	3.5	-2.1	0.2	1.24	-0.46	2.42	-1.44	0.16	12.50
17 . médicamentc													
ME01 - types médicament	0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ME02 - symptômes maladie	5	5.00	-1.1	3.8	0.0	-0.9	0.3	-0.46	1.55	-0.01	-0.36	0.11	4.40
ME03 - rejet médicament	8	8.00	1.7	-1.1	2.6	-0.1	1.9	0.51	-0.33	0.80	-0.03	0.57	2.38
ME04 - importance effets po	6	6.00	-1.6	-0.9	0.5	0.9	-1.9	-0.60	-0.32	0.17	0.34	-0.68	3.50
ME05 - remises en question	6	6.00	1.5	-1.6	-3.0	-0.5	-1.2	0.55	-0.59	-1.10	-0.19	-0.46	3.50
ME06 - médication associée	2	2.00	-1.0	0.3	-0.5	0.8	1.3	-0.71	0.18	-0.36	0.58	0.87	12.50
20 . ritallinc													
RI01 - symptômes tdah	5	5.00	1.6	3.1	-1.2	0.8	-0.5	0.68	1.28	-0.49	0.33	-0.21	4.40
RI02 - solution temporaire	4	4.00	-0.5	1.3	0.8	2.8	0.7	-0.22	0.60	0.39	1.33	0.35	5.75
RI03 - solution nécessaire	2	2.00	-2.0	0.9	-1.0	-3.0	0.2	-1.38	0.62	-0.68	-2.09	0.14	12.50
RI04 - interrogations trait	9	9.00	-2.3	-2.5	-0.4	0.4	-0.8	-0.63	-0.69	-0.11	0.10	-0.23	2.00
RI05 - usage abusif et effe	7	7.00	2.6	-1.7	1.4	-1.6	0.6	0.85	-0.55	0.46	-0.53	0.20	2.86
2 . groupe													
GR01 - enseig	20	20.00	-0.1	1.1	0.6	0.4	-1.7	-0.01	0.13	0.07	0.05	-0.20	0.35
GR02 - autres intervenants	7	7.00	0.1	-1.1	-0.6	-0.4	1.7	0.02	-0.37	-0.19	-0.15	0.57	2.86