

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, sa nature et son traitement : une recension des différents points de vue

The problem with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, its nature and treatment: A summary of different points of view

Suzanne Lavigueur, Sylvain Coutu and Claude Desjardins

Volume 34, Number 1, 2005

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1097569ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1097569ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lavigueur, S., Coutu, S. & Desjardins, C. (2005). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, sa nature et son traitement : une recension des différents points de vue. *Revue de psychoéducation*, 34(1), 93–117.
<https://doi.org/10.7202/1097569ar>

Article abstract

The article presents various points of view concerning the nature and the treatment of the Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). After introducing the social debate surrounding ADHD, we outline the main statements and topics on which most experts and researchers in the field agree. We then briefly summarize the results of recent empirical studies on the most controversial issues related to this disorder. Guidelines presented in governmental and specialized publications on how ADHD should be diagnosed and managed by medical, social and educational services are also reviewed. The next part of the article presents studies that investigated how parents, children or teachers understand the disorder, and more specifically, what they think about the causes of ADHD (such as genetic, neurophysiological, educational, nutritional or social factors) and what type of treatment should be used to help children with ADHD (behavioral and educational therapy, medication, or combined treatment). Practical guidelines for child careworkers and mental health professionals supporting the child, parent or teacher in the context of ADHD are finally outlined.

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, sa nature et son traitement : une recension des différents points de vue

The problem with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, its nature and treatment: A summary of different points of view

S. Lavigueur¹
S. Coutu¹
C. Desjardins²

1. Département de psychoéducation et psychologie, Université du Québec en Outaouais
2. Centre de Réadaptation La RessourSe, Gatineau

Résumé

Après avoir évoqué le débat social qui entoure l'épineuse question du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), l'article passe en revue les principaux documents et études qui présentent différents points de vue sur la nature et le traitement de cette problématique. On y aborde successivement : (a) le point de vue des chercheurs et l'état actuel des connaissances scientifiques sur l'étiologie et le traitement comparé du TDAH; (b) les documents d'orientation publiés par les gouvernements et les associations professionnelles quant aux pratiques à privilégier; et, (c) les résultats des études qui se sont penchées sur la perception qu'ont les parents, les enfants et les enseignants sur cette même réalité, notamment au chapitre des facteurs responsables (hérédité, dysfonction neurophysiologique, approche éducative, rôle des sucres et des diètes, motivation de l'enfant, contexte social ou scolaire) et des différentes modalités d'intervention (thérapie comportementale, traitement pharmacologique, approche multimodale). Quelques pistes d'action qui se dégagent des différents points de vue recensés sont ensuite présentées à l'intention des intervenants psychosociaux qui accompagnent l'enfant, le parent ou l'enseignant dans le contexte du TDAH.

Mots-clés : TDAH, parents, enseignants, intervention, psychostimulant

Abstract

The article presents various points of view concerning the nature and the treatment of the Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). After introducing the social debate surrounding ADHD, we outline the main statements and topics on which most experts and researchers in the field agree. We then briefly summarize the results of recent empirical studies on the most controversial issues related to this disorder. Guidelines presented in governmental and specialized publications on how ADHD should be diagnosed and managed by medical, social and educational services are also reviewed. The next part of the article presents studies that investigated how parents, children or teachers understand the disorder, and more specifically, what they think about the causes of ADHD (such as genetic, neurophysiological, educational, nutritional or social factors) and what type of treatment should be used to help children with ADHD (behavioral and educational therapy,

Correspondance :

Suzanne Lavigueur
Département de
psychoéducation et de
psychologie
Université du Québec en
Outaouais
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau (Québec) J8X 3X7
suzanne.lavigueur@uqo.ca

medication, or combined treatment). Practical guidelines for child careworkers and mental health professionals supporting the child, parent or teacher in the context of ADHD are finally outlined.

Keywords: ADHD, parents, teachers, treatment, stimulant medication

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est le trouble le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire et présente un taux de prévalence variant entre 3 à 7 % selon une majorité d'études épidémiologiques (American Psychiatric Association, 2001). Ses manifestations cliniques (impulsivité, inattention et agitation) entraînent chez les enfants concernés de sérieuses difficultés d'adaptation, tant sur le plan scolaire (échecs et décrochage) que sur le plan social (problèmes relationnels, rejet des pairs) (Charlebois, 2000; Henker & Whalen, 1989; Klein & Mannuzza, 1991). Il est également démontré que le TDAH fragilise l'estime de soi chez l'enfant ou l'adolescent (Slomkowski, Klein, & Mannuzza, 1995) ainsi que le sentiment de compétence des parents (Ficher, 1990).

Les études confirment que les divers problèmes associés au TDAH affectent lourdement l'équilibre familial (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992; Hetchman, 1996) et consomment beaucoup d'énergie dans les milieux scolaires (CH.A.D.D., 1992). Cette réalité, particulièrement préoccupante pour les parents et les enseignants, appelle une recherche urgente de solutions concrètes afin de freiner l'escalade des échecs qui trop souvent s'y trouvent associés. Mais avant même de proposer des moyens d'action précis, plusieurs insistent sur la nécessité de développer une *approche d'aide concertée* entre la famille, les milieux scolaire, médical et social (American Academy of Pediatrics, 2000 et 2001; Collège des médecins du Québec et de l'Ordre de psychologues du Québec, 2001; Ministère de l'Éducation du Québec, 2000a et 2000b; Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003). Malheureusement, il semble bien que la collaboration entre les différents partenaires concernés soit moins évidente à bâtir sur le terrain que ce qui est proposé dans les nombreux documents d'orientation... Cette concertation ne peut reposer que sur une vision commune et une approche complémentaire du problème en cause (Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2000a). Or, dans les faits, force est de constater que cette vision « commune » est loin de faire l'unanimité entre les principaux acteurs qui accompagnent l'enfant.

Le présent article a pour objectif d'informer les intervenants psychosociaux sur la nature et le traitement du TDAH et de les sensibiliser aux différents points de vue qui entourent cette réalité. Après avoir évoqué l'importance du débat social concernant le TDAH, nous présentons brièvement le point de vue des chercheurs et l'état actuel des connaissances, ainsi que l'application qui en est faite dans les documents d'orientation publiés récemment par les gouvernements et associations. Faisant suite aux discours social, scientifique ou professionnel, une recension plus exhaustive des principales études portant sur le point de vue des parents, enfants et enseignants permet de dégager les perceptions et croyances des principaux acteurs plus directement impliqués par le problème. Nous terminons en soulignant certains points de repère qui se dégagent de cette recension des différents points de vue et qui permettent de guider l'action des intervenants qui participent à l'accompagnement et à la concertation de l'enfant et de son réseau dans le contexte du TDAH.

Le débat social qui entoure le TDAH

Depuis de nombreuses années, un débat de nature tantôt sociale, tantôt politique ou encore, professionnelle, entoure la question du TDAH et tend à cristalliser des positions parfois irréconciliables. La nature du TDAH, la validité du diagnostic ainsi que l'utilisation d'une médication psychostimulante pour « traiter » les enfants, demeurent des sujets de controverse émotifs très présents dans les médias, sur la place publique, ainsi que sur le réseau Internet (Garcia, 1997; Gladwell, 1999; Gordon, 1997; Poulin, 2002b). À la fin des années 1980, une importante campagne anti-médication a été orchestrée aux États-Unis par la *Commission de citoyens pour les droits humains* (CCDH), un organisme fondé et financé par l'Église de Scientologie. Le CCDH a utilisé de nombreuses tribunes pour alerter les parents et l'opinion publique en général contre l'utilisation du méthylphénidate (ou le Ritalin®) ou de toute forme de stimulants du système nerveux central (SSNC). On a même vu flotter dans le ciel américain des bannières portées par des avions annonçant le message publicitaire suivant *Psychs, stop drugging our kids!*, qu'on pourrait traduire par le slogan « Psys! Arrêtez de droguer nos enfants! ». Ainsi, ce genre de campagne n'était pas le fait des parents concernés, mais l'action de groupes de pression organisés qui rejettent sur une base éthique toute utilisation de psychostimulants chez l'enfant (Coward, 1988). Selon Whalen et Henker (1991), pour certains individus, une drogue administrée à des enfants « demeure une drogue », et ce, peu importe que son usage soit légal ou illégal, nuisible ou bénéfique. Notons qu'une importante poursuite légale, largement financée par l'Église de Scientologie, a été portée contre la compagnie pharmaceutique *Novartis*, l'*American Psychiatric Association* et l'*American Psychological Association*, accusés de coalition à des fins commerciales. Même si la poursuite a finalement été rejetée en 2001, faute de preuves, plusieurs sites Internet (par exemple, WWW.ADHDFRAUD.COM) continuent néanmoins de mettre systématiquement en garde les parents contre « cette fraude capitaliste et médicale massive » qui, selon eux, menace et compromet le bien-être des enfants (Kendall, Hatton, Becket, & Leo, 2003).

Coward (1988) parle du « méthylphénidate politique », citant R. Roberts, alors président de l'*American Academy of Pediatrics Committee on drugs*, qui rapporte n'avoir jamais été témoin d'une telle « fureur populaire au sujet de l'usage d'un médicament » (p. 2521). Ainsi le méthylphénidate ou tout SSNC a-t-il, aux yeux de plusieurs, une valeur de symbole social; il est alors défini comme un symptôme des temps modernes, une « dépendance de la culture nord-américaine à l'égard d'un rythme de vie effréné », ou encore, comme une solution de facilité pour normaliser un enfant qui dérange trop (Gladwell, 1999). Notons que la différence des pratiques dans le traitement du TDAH observée entre l'Amérique du Nord et l'Europe est tantôt évoquée pour dénoncer les abus nord-américains et sa culture du « bonheur dans le comprimé » (Baril, 1999), tantôt pour souligner au contraire qu'il est urgent que la mentalité européenne évolue vers une plus grande ouverture, qu'elle devienne plus pragmatique et dépasse une interprétation trop exclusivement sociologique ou psychanalytique de la problématique (Agence APM-Reuters, 1999; Bange & Mouren-Siméoni, 2000).

Au Québec, le débat est également bien présent. À preuve, Tendland (1999) a recensé dans nos grands quotidiens plus de 30 articles portant sur le TDAH et la médication et ce, uniquement pour la période allant de mai à décembre 1998.

Certaines expressions retrouvées dans les médias ou « bulletins d'information » font d'ailleurs image et permettent d'illustrer la teneur de la polémique qui entoure la question de l'utilisation d'une médication psychostimulante comme le Ritalin. En voici quelques exemples : « Dénoncés par l'école à la DPJ. Leur crime: refuser de droguer leur enfant », un grand titre publié à La Une du *Journal de Montréal* (Desjardins, B., 1998); « Des enseignants accros... au Ritalin » (Bérubé, 2003); « Détruire des vies: la psychiatrie et les enfants trahis et drogués pour un profit » (Église de Scientologie, 1998).

La controverse entourant le TDAH se retrouve non seulement en regard du traitement, mais également sur le plan de l'étiologie, comme en témoignent les appellations successives données à cette problématique. Retraçant l'historique des travaux et des publications se rapportant au TDAH, Couture (2002) mentionne comment les façons de nommer les comportements associés à ce trouble ont évolué tout au long du siècle dernier, le Canada suivant de près la vision de son voisin du Sud dans ce domaine. Dès 1902, le pédiatre Still évoque un syndrome qu'il associe à un *déficit de contrôle moral*; on parlera ensuite successivement de *dommage cérébral minime*, de *réaction hyperkinétique*, de *trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité* (en anglais, ADD pour Attention Deficit Disorder) et finalement, depuis 1988, on réfère davantage au syndrome du *trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité* (en anglais, ADHD pour Attention Deficit / Hyperactivity Disorder) (Desjardins, 2001). Couture (2002) ainsi que Gladwell (1999) soulignent en outre, que, malgré la persistance du discours de plusieurs opposants, la dernière décennie semble surtout marquée par les progrès de la recherche scientifique sur les dysfonctions neurophysiologiques associées au TDAH et sur les causes biologiques et génétiques du déficit. La section qui suit vise à faire le point sur les principales conclusions qui émanent des études scientifiques réalisées sur le TDAH au cours des dernières années.

État des connaissances scientifiques

Nous évoquerons ici trois sources importantes d'informations, que nous avons retenues à cause de leur grande crédibilité sur le plan scientifique et de la pertinence des questions qu'elles abordent. Ce survol met en lumière l'état des connaissances scientifiques actuelles sur le TDAH à partir des contributions suivantes : (a) une prise de position concertée chez un collectif de chercheurs; (b) les résultats de certaines recensions des études scientifiques portant sur des sujets particulièrement controversés associés au TDAH; et, (c) l'éclairage de l'étude du *Multimodal Treatment study of ADHD* (MTA) portant sur l'efficacité de différentes modalités d'intervention.

Prises de position

Des membres de la communauté scientifique internationale ont récemment décidé de faire le point sur les connaissances actuelles concernant le TDAH et de rectifier certaines ambiguïtés ou affirmations non fondées et persistantes qui dominent souvent le discours populaire. Ainsi *l'International Consensus Statement on ADHD* (Barkley, Cook, Dulcan, et al., 2002) résume les données relatives au TDAH qui font maintenant consensus chez une majorité d'experts dans le domaine. Signé par 86 scientifiques originaires d'une dizaine de pays différents, ce texte est devenu l'une des principales références sur le déficit d'attention / hyperactivité. On peut résumer ainsi

les cinq énoncés qui ont fait l'objet d'un consensus : (a) le TDAH est une condition médicale réelle, dont le diagnostic est valide et dont les conséquences peuvent être sérieuses dans l'évolution des individus atteints; (b) il s'agit d'un désordre où les déficits de l'inhibition du comportement et du maintien de l'attention constituent l'élément central; (c) ce désordre est associé à une activité cérébrale réduite, notamment au niveau de la zone préfrontale; (d) cette dysfonction est associée à des facteurs neurologique et génétique, comme le démontrent les techniques d'imagerie cérébrale ainsi que les études sur les jumeaux identiques et les fratries atteints de TDAH; et (e) les facteurs environnementaux ne causent pas le TDAH, mais peuvent avoir une influence aggravante sur cette prédisposition génétique, notamment en regard de certains problèmes de co-morbidité plus fréquemment associés (Barkley et al., 2002).

Recension des études sur des sujets de controverse

Parallèlement à ce travail de synthèse concerté sur le TDAH, quelques recensions critiques des études les plus rigoureuses sur le sujet ont apporté un nouvel éclairage sur certaines dimensions particulièrement controversées, notamment : (a) le rôle contributif de l'alimentation (en particulier les sucres) en regard des symptômes du TDAH, (b) le risque de développer une dépendance à l'alcool ou aux drogues chez les jeunes ayant pris des SSNC, et (c) l'effet de la médication psychostimulante chez les enfants.

L'effet du sucre sur le comportement de l'enfant

Wolraich, Wilson et White (1995) ont effectué une recension critique des recherches ayant systématiquement étudié l'effet du sucre sur le comportement et la performance cognitive des enfants. Pour être retenues, les études devaient répondre aux critères de recherche suivants : mesurer la quantité de sucre ingérée par l'enfant, utiliser un protocole avec placebo et à double insu (sujets-parents et assistants de recherche) et finalement, rapporter des mesures statistiques quantifiables quant aux effets produits par le sucre. Au total, 23 études répondaient à ces exigences et leurs résultats ont été intégrés dans une méta-analyse. Celle-ci regroupait 14 différentes variables dépendantes mesurées dans l'une ou l'autre des études concernées (par exemple, l'agressivité, l'humeur, les habiletés motrices, la performance académique, etc.). Ces variables étaient mesurées au moyen de plusieurs modalités d'évaluation telles que : l'observation directe du comportement des enfants, des appareils mesurant l'activité motrice (actimètre), des tests de performance, des grilles d'évaluation de l'enseignant ou du parent, etc. L'absence d'un effet statistiquement significatif a été confirmée pour chacune des 14 variables à l'étude et ce, à l'intérieur d'un intervalle de confiance de 95%. Les résultats des différentes études apparaissent donc relativement homogènes et ce, même si les protocoles des recherches présentent une bonne variabilité quant aux doses de sucres ingérées et quant à l'âge et aux caractéristiques des enfants participants. Les auteurs de cette recension critique concluent que, malgré la croyance populaire, la méta-analyse effectuée sur l'ensemble des 23 études confirme que *le sucre n'a pas d'effet significatif sur les comportements ou la performance cognitive des enfants*. Une seule réserve toutefois: les auteurs pensent qu'il faudrait sans doute poursuivre les études sur certains groupes cibles avant de rejeter définitivement l'hypothèse qu'une forme d'allergie ne puisse être associée à une augmentation de stress ou de fatigue chez un sous-groupe

particulier d'enfants (Wolraich et al., 1995). Notons que les études de Ferguson (1993) et de Lindgren (1994) incluant l'effet de l'aspartame sur le comportement de l'enfant confirment la même hypothèse de l'absence d'effet significatif sur les variables comportementales et cognitives.

Le risque d'une dépendance aux drogues ou à l'alcool associé au traitement pharmacologique

La revue critique réalisée récemment par Wilens, Faraone, Biederman et Gunawardene (2003) a apporté un nouvel éclairage à la préoccupation maintes fois évoquée dans le débat social voulant que l'usage de SSNC chez l'enfant puisse favoriser à long terme une dépendance aux drogues. Wilens et ses collègues ont examiné les études qui ont comparé le risque de dépendance à des drogues illicites et à l'alcool, selon que les participants atteints d'un TDAH (adolescents ou jeunes adultes) ont fait (ou non) usage d'une médication psychostimulante pendant leur enfance. Les résultats de six études longitudinales (s'étalant sur au moins quatre ans) ont pu ainsi être utilisés; quatre d'entre elles portant sur la consommation d'adolescents et deux autres sur celle de jeunes adultes. Cela a permis aux auteurs de regrouper et de comparer 674 enfants ayant suivi un traitement médicamenteux (toutes études confondues) et 360 autres enfants qui n'ont pas suivi un tel traitement. Les résultats combinés de ces six études indiquent que, comparés aux sujets non traités par un SSNC, *les sujets traités sont deux fois moins à risque* de développer ultérieurement une dépendance aux substances. Les résultats révèlent également que non seulement le traitement pharmacologique n'entraîne pas un risque accru quant à la dépendance future à l'égard des substances illicites et de l'alcool, mais il semble, qu'au contraire, celui-ci ait un effet de protection face à ce risque éventuel. Discutant de ces résultats qui vont à l'encontre de certaines inquiétudes ou croyances populaires, Wilens et ses collègues (2003) émettent l'hypothèse que cet effet de protection pourrait s'expliquer par le fait que la médication contribue à diminuer chez les enfants les échecs scolaires ou les problèmes de rejet social et d'agressivité; conséquemment, ces enfants traités seraient moins à risque de développer ultérieurement des problèmes de toxicomanie.

Les recensions sur l'effet de la médication psychostimulante

Au chapitre des effets de la médication psychostimulante sur les enfants présentant un TDAH, Swanson et 14 de ses collègues (1993) ont publié une première synthèse des nombreuses recensions des écrits portant sur ce sujet. Il s'agit en fait d'une « recension des principales recensions des écrits » publiées entre 1935 et 1993. Ils ont identifié et couvert trois types de travaux : les recensions traditionnelles, qui présentent une revue des écrits, les méta-analyses portant sur la combinaison des résultats statistiques obtenus dans différentes études quantitatives et, finalement, les articles de vulgarisation des données à l'intention d'un public plus large et non spécialisé.

Une première constatation se dégage de cette « recension des recensions » : contrairement aux ouvrages scientifiques qui s'adressent aux professionnels et qui sont produites par des cliniciens et des chercheurs, les recensions à l'intention du public en général sont davantage rédigées par des journalistes ou des rédacteurs pigistes qui rapportent un point de vue critique en regard de l'utilisation de la

médication. Rappelant le débat social dont nous avons parlé précédemment, ces articles de vulgarisation reflètent souvent une critique de nature sociologique du modèle médical et une résistance face au puissant lobby pharmacologique. Certains autres articles de vulgarisation s'inscrivent davantage dans un débat de nature politique qui décrit la diminution des ressources et du personnel éducatif spécialisé du milieu scolaire. Les auteurs de ces articles affirment que la rareté des ressources entraîne une utilisation accrue de la médication auprès des élèves, lorsque ceux-ci sont privés de l'accompagnement individualisé dont ils auraient besoin pour mieux s'adapter au milieu scolaire.

Outre ces observations générales, Swanson et ses collègues présentent les données factuelles qui font généralement consensus et sur lesquelles s'appuient les principales recensions. Ces données sont rapportées dans un tableau synthèse qui résume, d'une part, les effets possibles et prévisibles de la médication et, d'autre part, «les effets que l'on ne doit pas attendre» de ce type de traitement. Au chapitre des effets possibles et prévisibles, les auteurs identifient : (a) une diminution à court terme des symptômes d'inattention, d'agitation et d'impulsivité reliés au diagnostic de TDAH, et (b) une amélioration temporaire de certains comportements associés (augmentation de la productivité et de l'application au travail, diminution des comportements sociaux négatifs et de l'hostilité physique et verbale). Par contre, les études indiquent qu'il n'est pas réaliste de s'attendre : (a) à une réaction inverse (effet paradoxal) du ritalin chez les individus qui n'ont pas de TDAH; (b) à ce qu'il n'y ait aucun effet secondaire lié à la prise de cette médication; et finalement, (c) à ce que ce traitement permette l'acquisition ou le développement de compétences plus complexes (par exemple, la lecture ou les habiletés sociales), pas plus qu'une amélioration à long terme de la performance académique ou de la réduction des comportements antisociaux (Swanson et al., 1993).

Cette synthèse a servi de source de référence et d'inspiration à plusieurs auteurs qui ont repris à leur compte les questions soulevées dans la recension pour orienter et définir de nouveaux objets de recherche reliés au rôle de la médication. Par exemple, la pertinence d'évaluer maintenant l'effet d'un traitement qui associe médication et intervention comportementale, de même que l'idée d'évaluer l'effet modérateur ou médiateur de certaines variables spécifiques sur les traitements offerts (variables telles que la qualité du suivi pharmacologique, les caractéristiques des sujets ou de leur environnement) découlent directement de la mise à jour des connaissances qui se dégagent de la recension de Swanson et de son équipe (1993). Ces questions importantes ont d'ailleurs été abordées dans une vaste étude financée par le *National Institute of Mental Health* (NIMH) : l'étude du « Multimodal Treatment study of ADHD » (MTA). Nous concluons cette section sur l'état des connaissances scientifiques en présentant brièvement l'éclairage apporté par cette dernière étude devenue un nouveau point de référence dans le domaine de l'intervention auprès des enfants ayant un diagnostic de TDAH.

L'étude du Multimodal Treatment study of ADHD (MTA)

L'étude du MTA a été menée conjointement par six équipes de chercheurs réputés sur le plan international et spécialisés dans le traitement du TDAH (Jensen, Hinshaw, Swanson, et al., 2001). Cette recherche, reconnue pour sa grande rigueur, portait sur l'évaluation systématique et comparative de quatre modalités d'intervention

couramment utilisées auprès d'enfants ayant un diagnostic de TDAH. L'étude impliquait 579 enfants âgés de 8 à 12 ans, répartis au hasard en quatre groupes de traitements contrastés : (a) une médication psychostimulante accompagnée d'un suivi intensif; (b) une thérapie comportementale intensive; (c) une combinaison des deux traitements précédents, et (d), le traitement habituel disponible dans la communauté de l'enfant. Les traitements étaient considérés efficaces pour les participants lorsque les comportements de ceux-ci (évalués par les parents et les enseignants) se situaient à l'intérieur des valeurs délimitant la normalité. Les résultats obtenus ont révélé des taux de réussite différents pour les quatre approches thérapeutiques à l'étude : 68% de réussite pour le traitement combiné; 56% pour la médication avec le suivi intensif; 34% pour la thérapie comportementale intensive et, finalement, 25% pour l'intervention habituelle dans la communauté (Jensen et al., 2001). Puisque le suivi dans la communauté impliquait également l'utilisation de la médication (pour les deux tiers des enfants de ce groupe), l'étude a permis de démontrer l'importance des mesures de suivi qui devraient accompagner l'application du traitement pharmacologique, notamment : les visites médicales mensuelles, l'ajustement minutieux du dosage, l'information de pointe transmise aux parents ainsi qu'un suivi avec l'école (Schachar, 2000). Même si les deux groupes ayant bénéficié des traitements les plus efficaces (combiné et avec médication) ne se différencient pas de façon statistiquement significative en regard de la diminution des symptômes, l'étude a néanmoins démontré certains avantages de l'approche dite « combinée » (Pelham, 2001). Par exemple : (a) des valeurs généralement plus élevées et positives sur chacune des variables dépendantes mesurées, incluant la qualité de la relation parent-enfant; (b) un dosage plus faible de la médication répartie sur les 14 mois; (c) une satisfaction plus élevée chez les parents et enseignants à l'égard de l'intervention; (d) une diminution plus marquée des problèmes de comorbidité (opposition, troubles de la conduite ou anxiété); et (e) un taux d'abandon du traitement plus faible.

Avant de présenter l'application que les différents ministères et associations professionnelles ont faite de ces récentes données scientifiques sur le TDAH, soulignons certains éléments qui nous semblent particulièrement significatifs pour soutenir l'action des intervenants psychosociaux :

1. Les éléments qui font maintenant consensus chez un imposant groupe d'experts sont des informations importantes à connaître et à diffuser pour aider le jeune et son réseau à clarifier certaines dimensions objectives de la problématique en cause : le TDAH n'est pas un mythe, mais une condition médico-sociale réelle qui a des bases physiologiques et qui entraîne des déficits spécifiques dont les conséquences peuvent être importantes chez un jeune qui présente un TDAH sévère.

2. La recension des études rigoureuses portant sur le rôle contributif des sucres et des diètes permet de clarifier certaines croyances erronées et d'éviter ainsi de perdre de l'énergie et du temps précieux d'intervention en misant inutilement sur une solution inefficace.

3. Les résultats des études portant sur le risque de toxicomanie associé à la prise de médication ainsi que les études synthèses sur les effets des psychostimulants permettent à l'intervenant de rassurer le parent, mais surtout de l'aider à prendre une décision plus éclairée et plus réaliste face à la difficile décision du traitement pharmacologique. Ces données plus factuelles concernant le rôle des sucres ainsi

que les effets à court et à long terme de la médication sont d'autant plus pertinentes lorsque l'on considère, comme nous le verrons plus loin, l'importance que revêtent ces croyances et ces inquiétudes dans la perception des parents et des enseignants.

4. Finalement, l'étude évaluative du MTA a mis en lumière deux dimensions importantes dans le contexte d'un plan d'intervention pour TDAH : (a) les exigences et l'impact d'un suivi médical de qualité et (b) certains avantages d'une approche d'intervention qui combine médication et thérapie comportementale.

Orientations gouvernementales et guides de pratique professionnelle

Dans le contexte du débat social entourant le TDAH et dans la foulée des prises de positions de la communauté scientifique et des travaux que nous venons de présenter, plusieurs instances gouvernementales et associations professionnelles aux États-Unis, au Canada ou au Québec, ont jugé important d'étudier les pratiques professionnelles relatives au TDAH. Ces différentes instances ont donc procédé à plusieurs consultations qui ont mené à la publication de documents d'orientation pour guider l'intervention des réseaux médical, social et scolaire (American Academy of Pediatrics, 2000 et 2001; Collège des médecins du Québec et de l'Ordre de psychologues du Québec, 2001; Ministère de l'éducation et Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2000a et 200b; Santé Canada, 1999; Tendland, 1999). Chacun à leur manière et dans leur contexte, ces différents documents présentent une mise à jour des connaissances les plus récentes, que ce soit pour mieux comprendre la nature du TDAH ou encore pour proposer des pistes d'action permettant une prise en charge plus efficace et mieux adaptée aux besoins de cette population cible. On retrouve dans ces documents d'orientation des balises permettant de mieux assurer la validité d'un diagnostic différentiel : chacun affirme à sa façon que le diagnostic doit prendre appui sur des observations comportementales qui reposent sur la participation active des acteurs en présence (parents, enseignants ou enfants) et qui prennent en compte la réalité globale de l'enfant (voir Lavigne & Desjardins, 1999). De plus, afin d'assurer la qualité du suivi pharmacologique, ces guides de pratique professionnelle précisent certaines règles à suivre pour permettre une utilisation plus judicieuse de la médication. Par exemple, l'importance d'assurer un suivi médical en concertation avec l'école ou, encore, la pertinence de situer l'intervention médicamenteuse dans le cadre d'une approche multimodale où les aspects pédagogiques, comportementaux, psychologiques et sociaux sont pris en compte lorsque cela est indiqué.

Au Québec, une table de concertation a réuni des représentants des deux ministères plus directement concernés par l'accompagnement des enfants avec un TDAH : le Ministère de l'Éducation (MEQ) et celui de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les travaux de ce comité conseil ont permis l'élaboration d'un rapport ou plan d'action conjoint (Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2000a). Le contenu de ce rapport est présenté comme suit sur le site Internet des ministères concernés :

« On y trouve un cadre de référence conjoint pour le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation. La mise à jour des connaissances au regard du TDAH et l'ajustement des moyens d'intervention, une meilleure définition des rôles et des responsabilités de

chacun et une invitation à travailler plus en concertation, voilà ce que propose le plan d'action...»
 (www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html).

Le titre du document (*Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes TDAH*) reflète bien la philosophie de base sur laquelle s'appuient les principales conclusions et orientations proposées dans ce plan d'action, notamment : (a) l'importance de suivre l'évolution des connaissances reliées au TDAH et d'en assurer la diffusion systématique; (b) l'urgence de mieux former et encadrer les professionnels impliqués; (c) la pertinence de bien informer les parents et de les soutenir dans leur action auprès de l'enfant; et (d) la nécessité d'assurer l'accessibilité et la concertation des différentes ressources des deux ministères. À cet égard, le plan d'action est explicite quant à l'orientation à privilégier, alors qu'il insiste sur l'importance de diffuser la même information de base au personnel des deux réseaux de manière à favoriser une intervention cohérente et concertée entre les différents partenaires impliqués.

Dans le but de mettre en pratique cet énoncé d'orientations, un programme ou guide de formation a été conçu à l'intention des intervenants issus des milieux de l'éducation, de la santé et des services sociaux (Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003b). Ce document est en fait un guide pédagogique polyvalent pouvant servir de soutien aux formations dispensées aux intervenants. Le guide comporte différents modules qui abordent des contenus pouvant être adaptés selon les réalités ou les particularités spécifiques à chacun des contextes de pratique (scolaire, social et médical). Notons de plus que les grandes lignes qui émergent du rapport du comité conseil MEQ/MSSS (informations et pistes d'action) ont été rendues disponibles au grand public par la publication d'un dépliant qui fut largement diffusé auprès des associations de parents ainsi que dans tous les organismes concernés (réseaux scolaire, santé et services sociaux, CPE) (Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003a)¹.

Le point de vue des principaux acteurs impliqués

Parallèlement aux débats publiques, aux résultats des recherches et aux prises de position des professionnels et des pouvoirs publiques, que deviennent la problématique du TDAH et l'usage de la médication aux yeux de ceux qui accompagnent quotidiennement ces enfants hyperactifs? En fait, on constate que le point de vue des enfants concernés, de leurs parents et de tous les intervenants qui travaillent auprès de ces enfants demeure à ce jour peu documenté et beaucoup moins connu. À vrai dire, même si les études centrées sur la perception qu'ont les différents acteurs directement impliqués demeurent relativement rares, il faut néanmoins reconnaître qu'elles sont un peu plus nombreuses depuis les dernières années. La majorité des études recensées portent principalement sur la perception des enseignants en regard de la nature du TDAH et de son traitement, ainsi que sur la perception des parents, qui ont ou non un enfant atteint. Certaines études, plus rares, ciblent plus spécifiquement la perception que les enfants eux-mêmes ont de cette problématique. Or, il ne fait aucun doute que de tels renseignements sont

1. Le Rapport du comité-conseil, le Plan d'action, le document de soutien à la formation et le dépliant d'information, sont tous disponibles (version PDF) sur le site :
<http://www.meq.gouv.qc.ca/dassc/cd%2Dtdah/index.htm>

particulièrement utiles pour nourrir une approche qui mise sur « la concertation des ressources ».

La section qui suit présente les résultats de quelques sondages d'opinions réalisés auprès de parents au sujet de l'étiologie et du traitement du TDAH. Nous effectuerons ensuite une brève recension des études centrées sur les croyances et les attitudes des « parents-consommateurs », c'est-à-dire ceux qui doivent concrètement choisir le type de traitement à offrir à leur enfant qui a un diagnostic de TDAH. Nous terminerons en présentant brièvement un autre groupe d'études portant cette fois sur la perception des enseignants qui, tout comme les parents, accompagnent quotidiennement ces enfants.

Les études sur la perception des parents et des enfants

Les enquêtes menées auprès des parents en général

Les données les plus récentes sur la perception des parents sont issues d'une vaste enquête menée en 2002 auprès de 3,346 parents américains ayant un enfant âgé entre 6 et 17 ans (sondage de la firme *Harris Pool*). Précisons que l'étude (Harris Interactive Market Research, 2002) a été réalisée pour le compte de McNeil consumers, responsable de la mise en marché de Concerta (méthylphénidate à action prolongée). La plupart des participants à cette enquête (84%) ont répondu par Internet à un questionnaire informatisé; les autres ont participé à une entrevue téléphonique. L'enquête visait notamment à comparer les perceptions et les attitudes de parents issus de différents milieux culturels (caucasiens, afro-américains, hispaniques), qu'ils soient ou non personnellement concernés par la question du TDAH. Considérant l'incidence du TDAH dans la population en général (entre 3 et 7%), les chercheurs ont néanmoins observé un biais dans l'échantillonnage des parents qui ont accepté de répondre au sondage : 78% des répondants disent connaître quelqu'un qui a reçu un diagnostic TDAH, et plus spécifiquement leur fils (16%) ou leur fille (6%). Notons que 62% des parents dont l'enfant a été diagnostiqué disent que celui-ci a reçu l'un des traitements suivants : counselling/thérapie comportementale (8%), médication seulement (33%), une approche combinée (58%). Les résultats présentés ici se rapportent à l'ensemble des parents participants, toute origine culturelle confondue, qu'ils aient ou non un enfant diagnostiqué.

Concernant *l'étiologie*, le sondage révèle que le TDAH est perçu comme : (a) une problématique de nature essentiellement médicale (19% des répondants), (b) un problème de comportement seulement (8%) et, (c) une combinaison de ces deux dimensions (70%). Les *obstacles* identifiés par les répondants comme étant les plus importantes à l'évaluation et au traitement du TDAH étaient : (a) la peur qu'ont les parents de l'étiquetage et du jugement de leur entourage (53%) et (b) le manque d'information des parents (53%). Quant à *l'efficacité des traitements*, 77% des parents disent favoriser une intervention qui combine médication et counseling/thérapie comportementale, 11% préfèrent une intervention de counseling/thérapie comportementale seulement et 2% la prise de médication seulement. Qui plus est, 35% des parents disent avoir déjà eu des doutes qu'un de leurs enfants puisse avoir un TDAH et, de ce nombre, 79% ont effectivement cherché de l'aide (94% auprès d'un médecin, 43% auprès d'un professionnel du milieu scolaire, 36% auprès d'un intervenant psychosocial et 27% dans des livres ou sur le réseau Internet).

Deux autres études américaines portant également sur la perception des parents obtiennent des résultats qui vont dans le même sens que ceux du sondage de *Harris Pool*. Dans la première étude, Bussing, Schoeberg et Perwien (1998) ont comparé le niveau de connaissance du TDAH de 486 parents ayant différentes origines culturelles (caucasienne et afro-américaine). Les participants ont été choisis au hasard dans un district urbain défavorisé bénéficiant de services scolaires spécialisés. L'étude a révélé que ces parents, interrogés dans le cadre d'une entrevue téléphonique, sont relativement peu informés sur le TDAH : 46 % des répondants disent « ne rien connaître » ou en connaître « un peu » sur le TDAH et 44% croient que le TDAH est causé par un excès de sucre. Chez les parents plus directement concernés (qui disent avoir un enfant hyperactif, n=134), le *facteur génétique* est tenu responsable du problème chez 84% des répondants, tandis que *l'école* est en cause selon 24% d'entre eux.

Dans une autre étude portant sur la perception des parents, Garcia (1997) a analysé le contenu de quelque 1506 extraits de groupes d'échange ou forums de discussion repérés sur le réseau Internet, pendant une période d'un mois (février 1997). Ce travail lui a permis de dresser la liste des différentes causes les plus fréquemment attribuées au TDAH. Ainsi, le chercheur a constaté que c'est le *facteur génétique* qui arrive au premier rang, suivi par « un faible niveau de dopamine » et « un déséquilibre chimique » dans la fréquence des causes évoquées par les parents. En revanche, les *diètes*, *l'école* et le *sucre* arrivent respectivement au 9e, 10e et 11e rang des facteurs responsables du TDAH (notons que les jeux vidéo se classent au 25e rang des causes retenues par les parents).

Les études sur la perception et l'attitude des parents et enfants « consommateurs »

Outre les recherches mentionnées portant sur les effets de la médication ou sur les perceptions générales des parents sur l'étiologie et le traitement du TDAH, un autre groupe d'études se sont penchées sur l'attitude des parents qui sont concrètement confrontés au choix du traitement pour leur enfant qui présente un TDAH (les « parents-consommateurs »). Les principaux résultats de ces études gravitent autour des trois thèmes suivants : (a) l'ambivalence des parents face à l'utilisation de la médication psychostimulante; (b) le défi de la persévérance face au médicament prescrit, et (c) la préférence des parents pour une approche qui associe une intervention de type éducatif ou comportemental lorsque la médication doit être utilisée. Notons que certaines de ces études explorent aussi la perception des enfants qui sont eux-mêmes traités en plus de la perception de leurs parents (Cohen & Thompson, 1982; Kendhall et al., 2003; Liu, Robin, Brenner, & Eastman, 1991; Sleater, Ullman, & Neumann, 1982).

L'ambivalence face à la médication

Selon une étude exploratoire menée conjointement par les ministères québécois de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux (MEQ/MSSSQ, 2000a), « les parents présentent parfois des opinions opposées en regard de la médication ... Certains désapprouvent formellement... tandis que d'autres l'acceptent mais en l'associant à d'autres formes de traitement » (p. 13). L'étude souligne également que le débat social qui entoure le Ritalin « n'aide pas et fait naître des

sentiments inconfortables et contradictoires chez le parent » (p. 17). Selon Summers et Caplan (1987), les parents acceptent beaucoup plus facilement de donner un anticonvulsant pour traiter l'épilepsie de leur enfant qu'un psychostimulant pour traiter l'hyperactivité, parce que les comportements symptomatiques associés au TDAH sont spontanément perçus comme plus facilement contrôlables par l'enfant lui-même que les comportements reliés à un « trouble organique ». De façon générale, on note que les parents sont inconfortables à l'idée de donner toute forme de médication qui modifie l'humeur ou le comportement de leur enfant (Rappaport & Chubinsky, 2000). Selon Weinstein (1999), la majorité des parents sont plus inquiets des effets potentiellement nuisibles associés à la médication qu'ils ne semblent préoccupés et conscients des risques reliés à leur décision de *ne pas traiter* l'enfant qui présente un TDAH.

Une autre étude portant sur l'analyse d'une série de 115 commentaires rédigés par des parents d'enfants ayant un TDAH indique que 29% des propos recueillis portent sur les inquiétudes face aux psychostimulants et sur les mises en garde provenant de l'entourage; par contre, 33% des commentaires analysés se rapportent à une expérience positive de l'usage de la médication (bien que certains parents disent préférer ne pas en donner en dehors des périodes scolaires) (Bussing & Gary, 2001, cité par Swanson, 2003).

Il y a une vingtaine d'années, Sleator et ses collègues (1982) se sont intéressés à la perception qu'avaient les enfants de la médication qui leur était prescrite. Le portrait qui se dégage de cette étude est clair : 42% des enfants ont dit « ne pas aimer » ou « détester prendre cette médication », alors que 50% admettaient « essayer parfois d'éviter de la prendre ». L'étude menée récemment par Kendall et ses collaborateurs (2003) est par contre plus nuancée : la majorité des enfants interviewés disent que « leur pilule les aide à mieux fonctionner » mais qu'ils sont gênés face aux autres de devoir la prendre. Enfin, l'étude de Cohen et Thompson (1982), menée auprès de 15 enfants et de leurs parents après six mois de traitement avec des SSNC, révèle des sentiments complexes et partagés face à la médication. Les auteurs notent également que les enfants, bien qu'ils « n'aiment pas prendre une médication », se montrent plus inquiets que leurs parents face aux conséquences de l'arrêt de la médication.

Le défi de la persévérance au traitement pharmacologique

L'ambivalence exprimée par les enfants et surtout par les parents face à la médication se manifeste également sur le plan du comportement, par le taux élevé d'abandons que l'on observe dans le contexte du traitement pharmacologique. Dans une récente revue des écrits sur la persévérance au traitement chez les enfants ayant un TDAH, Swanson (2003) rapporte que le taux d'abandon de la médication varie de 20% à 65% selon les études (en fonction du nombre de sujets impliqués, de la mesure de persévérance utilisée, de la durée des suivies de l'étude, etc.). Selon l'auteur, ce taux élevé d'abandons est pour le moins étonnant si l'on tient compte des nombreuses études qui démontrent clairement l'efficacité du traitement pour réduire les symptômes du TDAH (jusqu'à 90% de réussite lorsque le suivi est de qualité). L'auteur note de plus que l'utilisation répandue des SSNC depuis 30 ans est un fait qui atteste en lui-même de la relative innocuité du médicament. La faible persévérance au traitement s'explique donc selon lui par : (a) le stigma social et la réticence des individus (parents

et enfants) face à ce type de traitement, (b) certains de ses effets secondaires déplaisants, et (c) les exigences de supervision que pose la prise de deux ou trois doses quotidiennes (supervision rendue encore plus problématique par des caractéristiques comme l'inattention ou l'opposition chez l'enfant). Selon le rapport publié récemment par le Comité de la revue de l'utilisation des médicaments (C.R.U.M., 2001), le défi de la persévérance dans l'utilisation des SSNC se pose de façon comparable au Québec et aux États-Unis. En effet, le rapport souligne que : «une grande proportion des utilisateurs n'en consomme pas régulièrement et parmi ceux qui le font, 68,5% des prescriptions ne couvrent pas l'ensemble de l'année scolaire» (p.207).

Dans la même veine, une étude canadienne datant de plus de 20 ans a démontré la difficulté que représente la prise assidue de Ritalin par l'enfant : sur les 76 familles dont l'enfant avait été référé à une clinique pour TDAH, 26% des parents avaient refusé le traitement pharmacologique et seulement 55% de ceux qui l'avaient accepté le prenaient encore 10 mois après le début du traitement (moins de 10% de ceux qui ont abandonné en avaient d'ailleurs avisé leur médecin) (Firestone, 1982). Dans cette étude, l'acceptation du traitement pharmacologique était inversement corrélée à l'âge et au QI des parents ainsi que des enfants (individus plus jeunes et plus faible QI, reliés à une acceptation plus faible) et positivement corrélée à la perception qu'ont les parents du degré de sévérité des difficultés de leur enfant. Notons que la nouvelle présentation à action prolongée du SSNC *Concerta* maintenant disponible au Canada et l'arrivée de *Strattera* (un non SSNC à action continue) devraient faciliter la gestion et le taux de persévérance.

L'importance de combiner la médication avec une approche comportementale

D'autres études ont cherché à évaluer comment les parents perçoivent les différentes interventions offertes pour traiter le TDAH. Il ressort de ces travaux que l'intervention médicamenteuse devient plus acceptable aux yeux des parents (tout comme des enseignants) si elle est combinée avec une intervention de type éducatif ou comportemental. À ce sujet, l'étude de Liu et ses collaborateurs (1991) est particulièrement intéressante car elle compare le point de vue des parents à celui des enfants (avec et sans TDAH). L'étude a démontré que, selon les parents, les interventions perçues comme étant les plus « acceptables » sont, dans l'ordre : 1. l'intervention comportementale (65,3% des répondants), 2. l'intervention multimodale (60,8%) et, 3. l'intervention pharmacologique seule (47,7%). Les enfants ont classé dans le même ordre ces trois modes d'intervention. Par contre, les chercheurs observent que l'intervention pharmacologique est perçue comme plus acceptable par les enfants que par leurs parents et ce, de façon statistiquement significative. Deux études (Bennett, Power, & Rostain, 1996, cité par Swanson, 2003; Liu et al., 1991) ont trouvé que le niveau de connaissance du TDAH (évalué par le *Attention Deficit Disorder Information Questionnaire*, ADDIQ) est positivement corrélé à la mesure d'acceptation de la médication et du traitement combiné. Notons toutefois que deux autres études (Corkum, Rimer, & Schachar, 1999; Rostain, Power, & Atkins, 1993) ont obtenu des résultats différents à ces deux premières. L'étude de Bennet et ses collègues (1996, citée par Swanson, 2003) souligne également que, pour les parents ayant un enfant avec un TDAH, l'acceptation de la médication a augmenté de façon significative chez 48% d'entre eux après trois mois et demi de traitement pharmacologique et ce, indépendamment de la diminution des symptômes de l'enfant (tel qu'évalué au test de Conners sur le TDAH).

En résumé, les principales conclusions qui émergent des études sur la perception des parents sont les suivantes : (a) Pour la majorité des parents consultés, le TDAH est une problématique qui comporte à la fois une dimension physiologique et comportementale. (b) Un traitement qui combine médication et thérapie comportementale est généralement plus acceptable qu'une approche exclusivement pharmacologique. (c) L'excès de sucre est néanmoins retenu comme une cause importante pour plusieurs et ce, même si un facteur génétique associé à un neurotransmetteur est reconnu par la majorité des parents dans l'étiologie du TDAH. (d) Plusieurs parents se disent peu informés sur le TDAH; le manque d'information (en plus de la peur du jugement et de l'étiquetage) est en outre perçu comme un obstacle au processus d'évaluation du TDAH et au choix du traitement.

De plus, on note que les parents qui doivent choisir un traitement sont fortement ambivalents face à la médication : cette inquiétude domine les commentaires des parents et se reflète dans un taux relativement faible de persévérance dans le traitement, et ce, malgré une innocuité qui a fait ses preuves et un effet bien documenté sur la réduction des symptômes associés au TDAH. L'attitude des parents et des enfants «consommateurs» devient néanmoins plus positive à l'usage de la médication et son niveau d'acceptation est associé à certaines variables spécifiques (QI, âge, niveau de connaissance sur le TDAH des parents). On note également chez ces parents et leurs enfants la même préférence marquée pour un traitement combiné (plutôt qu'exclusivement pharmacologique) que celle observée dans la population en général.

Certaines questions se dégagent de ces études qui présentent le point de vue et les opinions des parents et des enfants. Comment ce parent et cet enfant comprennent-ils la condition qui les confronte et avec laquelle ils doivent composer ? Quels moyens d'intervention leur semblent les plus pertinents à mettre en place ? Comment comprennent-ils le rôle de la médication et de l'intervention comportementale ? La complémentarité est-elle possible entre ces deux approches selon eux ? Quelles sont leurs inquiétudes associées à ces interventions ? Parents et enfants se sentent-ils jugés, étiquetés par l'entourage ? Un groupe d'entraide pourrait-il faciliter leur cheminement pour apprivoiser la problématique du TDAH et les moyens d'action possibles ? Autant de questions qui deviennent des points de repère pour les intervenants qui accompagnent enfants et parents dans le contexte du TDAH.

Les études sur la perception des enseignants

Nous porterons maintenant notre attention sur les études centrées sur les connaissances, les croyances ou les attitudes qu'ont des enseignants à l'égard du TDAH; celles-ci sont un peu plus nombreuses que celles impliquant les parents ou les enfants. On constate que plusieurs de ces études ont été réalisées dans le cadre de thèses de doctorat auprès de petits échantillons d'enseignants provenant principalement des États-Unis ou d'Israël. On note également que les auteurs de ces travaux ont utilisé des instruments peu comparables auprès d'enseignants ayant des formations et des clientèles variées (Brook, Watemberg & Geva, 2000; Grynkewich, 1996; Klein, 2001; Pate, 1993; Power, Hess, & Bennett, 1995; Shaver, 1998; Snider, Busch, & Arrowood, 2003). Même si les résultats de ces études sont quelque peu inconsistants et parfois même contradictoires, trois tendances semblent se dégager de la perception des enseignants à l'égard du TDAH : (a) ceux-ci favorisent de

beaucoup une intervention multimodale en comparaison d'une approche exclusivement médicamenteuse; (b) les enseignants associent davantage le TDAH à des facteurs de nature organique ou neurophysiologique plutôt qu'à des facteurs psychologiques ou sociaux; et, (c) plusieurs d'entre eux considèrent que l'ingestion de certains produits alimentaires (tels que les sucres et les colorants) joue un rôle important dans l'aggravation des symptômes associés au TDAH. Ces trois tendances apparaissent également dans les travaux de Couture, Royer, Potvin et Dupuis (2003), ainsi que de Jerome, Gordon et Hustler (1994). Nous présenterons ici plus en détails les résultats de ces deux études étant donné qu'elles sont exhaustives et qu'elles ont été réalisées auprès d'enseignants canadiens.

S'inspirant de la typologie proposée par Bilton (1996, cité par Couture et al., 2003), un questionnaire présentant des affirmations caractéristiques de différentes croyances a été répondu par un échantillon aléatoire de 340 enseignants québécois. L'étude a permis de valider cinq profils de croyances différents (sur une échelle allant de 4 à 16) : (a) le profil médical allopathique qui situe le problème à un niveau d'ordre biologique ($M = 11,5$); (b) le profil socioculturel qui relie le problème au milieu de vie de l'enfant ($M = 9,20$); (c) le profil médical alternatif davantage axé sur la question des diètes et des allergies de l'enfant ($M = 9,10$); (d) le profil « styles cognitifs/politique » qui reconnaît aux enfants le droit de déroger à la norme et de présenter un style cognitif différent ($M = 8,54$) et, finalement, (f) le profil moral/éthique, qui met l'accent sur le manque d'effort et sur la responsabilité de l'enfant ($M = 7,48$) (Couture et al., 2003). Ces résultats démontrent que le modèle médical allopathique (et son interprétation d'ordre biologique et génétique) est celui auquel adhère la majorité des enseignants consultés. À l'autre extrême, le profil le moins populaire regroupe les affirmations de type moral/éthique qui mettent en cause la bonne volonté de l'enfant. Enfin, le fait que plus du tiers des affirmations associées au profil de la médecine alternative soient privilégiées souligne « que certaines croyances peuvent être tenaces chez les individus, et ce, malgré le peu d'appuis scientifiques qu'elles récoltent » (Couture, 2002, p. 185).

Jerome et ses collaborateurs (1994) ont quant à eux comparé les connaissances et les attitudes reliées au TDAH chez deux groupes d'enseignants : l'un canadien ($n=850$), l'autre américain ($n=439$). D'après cette étude, il existe peu de différences entre les deux groupes de répondants sur le plan de leurs connaissances et attitudes. Nous rapporterons ici plus particulièrement les résultats obtenus auprès du groupe d'enseignants canadiens. Sur le plan de l'étiologie, 83% des participants ont répondu que ces enfants sont nés avec une vulnérabilité de nature biologique en regard de l'attention et de l'autocontrôle. Pour 88% des répondants, l'inattention n'est pas liée à une forme de défiance ou d'opposition de la part de l'enfant. Une majorité d'enseignants affirment que le manque d'habiletés parentales (74%) et la nature chaotique ou dysfonctionnelle des familles (76%) ne sont pas des facteurs explicatifs associés aux symptômes du TDAH. Selon 92% des enseignants, il est faux de dire que ces enfants réussiraient mieux s'ils s'efforçaient davantage. Huit p. cent des répondants estiment que si l'enfant est performant aux jeux vidéo, il est peu probable qu'il soit atteint d'un TDAH. En outre, 80% des répondants réfutent l'affirmation voulant que « lorsqu'une médication est utilisée, les interventions de nature éducative ne sont habituellement pas nécessaires ». Les deux tiers des enseignants croient que le problème peut souvent être causé par le sucre et les colorants, tandis que 77% d'entre eux considèrent fautive l'affirmation selon laquelle les diètes sont

généralement inutiles pour traiter les enfants. Autre résultat intéressant : les enseignants qui réussissent le mieux au questionnaire des connaissances sur le TDAH sont ceux qui ont bénéficié d'une formation spécifique sur ce thème en cours d'emploi et ceux qui ont un niveau de scolarisation plus élevé (notamment ceux qui ont suivi une formation en éducation spécialisée). L'âge des enseignants ressort également comme étant un facteur significatif dans la réussite du questionnaire, mais selon une distribution bi-modale : les enseignants ayant peu d'expérience (nouveaux diplômés) et les enseignants ayant accumulé plusieurs années d'expérience sont ceux qui ont le mieux performé au test des connaissances.

Les conclusions qui émergent des études concernant la perception des enseignants sur le TDAH (Couture et al., 2003; Jerome et al., 1994) sont similaires et rappellent les points saillants qui se dégagent des études sur la vision des parents. Ces points saillants peuvent se résumer ainsi :

1. Sur le plan du traitement, une approche multimodale (à la fois éducative et pharmacologique) est beaucoup plus acceptable aux yeux des enseignants, comme des parents ou des enfants.

2. Sur le plan de l'étiologie, une interprétation biologique/génétique de la problématique domine chez les enseignants (le profil de croyances médical allopathique), bien que, contrairement aux parents, plusieurs enseignants mettent également en cause le manque d'habiletés parentales et la nature dysfonctionnelle des familles (profil socioculturel); par contre, relativement peu d'entre eux mettent en cause la « bonne volonté de l'enfant » (profil moral/éthique).

3. Tel que noté chez les parents, les croyances reliées au rôle que peuvent jouer les diètes, les sucres, les allergies dans l'étiologie ou le contrôle des symptômes associés au TDAH demeurent également très répandues chez les enseignants comme chez les parents (profil médical alternatif).

Notre équipe a récemment mené une étude portant sur les similitudes et sur les différences qui existent entre le point de vue des parents, des enseignants et celui des autres intervenants qui accompagnent l'enfant avec un TDAH (médecins, infirmières psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, éducateurs, directeurs d'école, etc.) (Lavigueur, Coutu, & Desjardins, soumis). L'utilisation des mêmes instruments de collecte de données auprès de tous les acteurs impliqués a permis de comparer directement la compréhension que chacun des groupes de répondants avait du TDAH ainsi que leur perception du traitement pharmacologique. Nos résultats confirment les similitudes observées dans les études recensées sur la vision des parents ou des enseignants, mais ils soulignent également des différences significatives entre certains groupes d'intervenants (notamment la perception des psychologues et des médecins).

En plus des données concernant les perceptions des enseignants, notons que la plupart des études recensées réalisées auprès de ces derniers soulignent que la grande majorité d'entre eux reconnaissent avoir déjà eu dans leurs groupes au moins un enfant qui présentait un TDAH. Par contre relativement peu de ces enseignants disent avoir déjà collaboré avec les autres professionnels en dehors de l'école. L'étude de Jerome et ses collaborateurs (1994) supporte bien ces constatations : 62%

des enseignants disent avoir eu au moins un enfant diagnostiqué dans leur classe depuis les deux dernières années; 74% disent avoir eu un enfant qui aurait pu avoir ce diagnostic. En revanche, 86% d'entre eux disent n'avoir eu aucun contact personnel ou téléphonique avec un professionnel externe. Dans la même veine, l'étude de Couture et ses collègues (2003) indique que 87% des enseignants disent avoir enseigné à au moins un jeune avec un diagnostic de TDAH au cours des deux dernières années, bien que 74,2% de ceux-ci n'ont jamais été contactés (en personne, par écrit ou par téléphone) par un médecin ayant prescrit une médication à un élève de leur classe qui était traité pour le TDAH. Ces données soulèvent de façon éloquente la difficile question de la concertation des ressources appelées à collaborer pour poser un bon diagnostic et offrir à l'enfant hyperactif l'aide dont il a besoin pour compenser ses déficits et éviter qu'il ne s'engage dans une trajectoire de vie marquée par les échecs scolaires et les difficultés d'adaptation sociale.

Cette recension des études sur le point de vue des enseignants met de l'avant certaines questions à retenir pour les intervenants qui travaillent en concertation avec l'école : Que connaît cet enseignant au sujet du TDAH? De quels outils d'information dispose-t-il? Quelles croyances caractérisent davantage son modèle d'interprétation concernant les facteurs étiologiques associés au TDAH? Quelles sont ses inquiétudes et ses attentes face à la médication? Comment l'aider à profiter de ses expériences antérieures d'accompagnement d'un enfant ayant présenté un TDAH (sur le plan de la gestion éducative, de l'action concertée avec le parent, les ressources scolaires et les autres professionnels)?

Quelques pistes et outils pour soutenir l'intervention psychosociale

Au terme de ce survol des différents points de vue sur la nature et le traitement du TDAH, nous désirons mettre en exergue quelques pistes susceptibles de guider l'action des intervenants psychosociaux qui accompagnent l'enfant, le parent ou l'enseignant dans les défis quotidiens que pose cette problématique qui s'avère à la fois complexe et exigeante. Reprenant certains éléments évoqués précédemment, nous insisterons principalement ici sur trois dimensions importantes qui se dégagent de notre recension, quel que soit le milieu de travail de l'intervenant(e) (école, CLSC, centre d'accueil, milieu de garde ou, encore, en pratique privée).

L'intensité du débat social qui entoure la question du diagnostic et du traitement du TDAH, le récent développement des connaissances scientifiques sur cette entité clinique, la perception qu'ont les parents, les enfants et les enseignants qui composent concrètement avec cette réalité, tous ces éléments suggèrent qu'il est impératif pour les intervenants impliqués de : 1. Demeurer bien informés et à la fine pointe des nouvelles informations (validées scientifiquement) sur le TDAH. 2. Accompagner judicieusement le parent et l'enfant face à la difficile décision d'utiliser ou non le traitement pharmacologique et participer à un suivi de qualité. 3. Être outillés pour alimenter de façon efficace une approche multimodale dans les différents milieux de vie de l'enfant.

1. Être bien informé

Même si beaucoup reste encore à découvrir, l'état actuel des connaissances scientifiques permet néanmoins de mieux comprendre l'étiologie et le traitement du

TDAH. Demeurer bien informé, vulgariser cette information, le rendre accessible et crédible tant pour l'enfant que pour le parent ou l'enseignant permet à chacun de ces acteurs de dépasser le stade de la recherche d'un coupable (qu'il s'agisse du manque d'effort du côté de l'enfant, de l'approche éducative déficiente du parent, ou de l'incompréhension du milieu scolaire ...). De plus, partager l'information permet de clarifier certains mythes persistants (par exemple, l'association « sucre/hyperactivité » ou le lien « Ritalin/dépendance future aux drogues ») qui privent parfois l'enfant du soutien pharmacologique dont il pourrait bénéficier.

Pour l'intervenant psychosocial qui désire être bien informé, le site du groupe *Panda* de la MRC de l'Assomption (<http://panda.cyberquebec.com>) est un outil accessible, fréquemment mis à jour, et d'une valeur sûre pour demeurer informé sur toutes les nouvelles publications scientifiques ainsi que sur l'évolution des questions relatives aux services offerts aux enfants qui présentent un TDAH. Certains livres de vulgarisation des connaissances sur le TDAH peuvent aider l'intervenant à partager cette information avec les parents (par exemple, Desjardins, 2001) ou avec les enfants (par exemple, Gervais, 1996; Vincent, 2004) afin de mieux comprendre la nature des difficultés vécues et des moyens susceptibles d'aider.²

2. Accompagner la décision quant au traitement et participer à la qualité du suivi

Les études sur les perceptions des parents suggèrent clairement l'importance pour l'intervenant de demeurer conscient des pressions souvent contradictoires auxquelles doivent faire face les parents confrontés au choix difficile du traitement à privilégier pour leur enfant. Loin d'ajouter à la confusion ou à la polarisation des positions, l'intervenant a pour rôle d'accompagner avec empathie le cheminement du parent et de l'enfant vers une décision face à laquelle ils seront confortables. La grille *Évaluez vos propres ambivalences* (Lavigueur, 2002, pp. 306-307) permet d'alimenter la réflexion du parent en explorant avec lui les attentes et les inquiétudes les plus fréquemment associées au traitement pharmacologique chez l'enfant.

Rappelons que la recension de Swanson (2003) sur le taux d'abandon du traitement (variant de 20% à 65% selon les études) ainsi que les données du C.R.U.M. (2001) sur le profil d'utilisation des prescriptions au Québec reflétaient bien l'ambivalence dont la médication est l'objet. Par contre l'étude du MTA, qui a évalué un suivi médical d'une rare qualité (visites mensuelles, ajustement du dosage, information aux parents, suivi scolaire), a observé un taux de persévérance au traitement pharmacologique nettement plus élevé (jusqu'à 85%) (Swanson, 2003). En outre, la rigueur avec laquelle ce suivi a été appliqué (comparé au suivi habituel offert dans la communauté) semble avoir maximisé l'effet de la médication pour réduire efficacement les symptômes du TDAH.

D'aucuns pourraient sans doute se demander comment l'intervenant psychosocial peut contribuer à améliorer la qualité du suivi médical. Nous suggérons les deux avenues suivantes :

2. Voir la liste des ressources d'informations suggérées sur le site w3.uqo.ca/qemvie (rubrique « soutien aux parents », volet TDA/H).

a. Une première piste serait d'offrir au parent ou à l'enseignant, selon le cas, de colliger des observations pour «la prochaine visite» de l'enfant à son médecin traitant.

Le *Questionnaire de contrôle*, élaboré par un pédiatre québécois spécialiste du TDAH, porte sur l'importance des symptômes d'inattention et d'impulsivité observés chez l'enfant ainsi que sur la manifestation des effets secondaires de la médication (voir, Poulin, 2002a, p.70-71). L'utilisation périodique de cette grille peut s'avérer un outil utile pour faciliter la communication entre les milieux de vie de l'enfant et pour transmettre au médecin traitant des informations qui ajouteront à la validité du diagnostic et, le cas échéant, permettront un ajustement plus judicieux du dosage de la médication utilisée.

b. Une deuxième piste d'intervention consiste à impliquer l'enfant pour qu'il soit intimement associé à son «processus de traitement».

Tandis que l'étude de Sleator et ses collaborateurs (1982) souligne à quel point les enfants interrogés «n'aimaient pas cette médication» et même «essayaient parfois d'éviter de la prendre», Swanson (2003) considère que l'implication des enfants leur permet non seulement d'assurer une plus grande persévérance à ce traitement mais aussi d'offrir de meilleures garanties quant à ses retombées positives. De l'avis de certains experts, il importe de ne pas «déposséder» l'enfant de ses propres efforts: le crédit des progrès réalisés ne revient pas à la médication en tant que telle, mais bien au fait que l'enfant traité sait profiter de ce terrain propice pour mettre à profit tout son potentiel de réussite (Desjardins, 2001; Falardeau, 2000).

Ce dernier thème nous amène à discuter de l'importance de favoriser une approche multimodale et complémentaire entre les différents partenaires et ce, dans tous les milieux de vie de l'enfant.

3. Être outillé et alimenter une approche multimodale

Plusieurs études présentées ici (incluant l'étude du MTA) ont souligné qu'une approche qui *combine médication et thérapie comportementale* était plus acceptable ou plus satisfaisante aux yeux des parents, des enfants et des enseignants. Cette combinaison permet de tirer profit de la réduction des symptômes du TDAH (lié à l'effet de la médication) pour favoriser le développement de compétences à plus long terme chez l'enfant, notamment le développement du contrôle de l'attention et des stratégies de travail, du contrôle de l'impulsivité et des habiletés sociales (Lavigne & Desjardins, 1999).

De façon plus large, précisons que l'approche multimodale fait référence à la mise en place d'un ensemble de moyens d'action susceptibles d'aider le jeune et son réseau :

«... un milieu scolaire informé et impliqué, un milieu familial renseigné et accompagné dans la relation et l'éducation à donner à l'enfant, des ressources cognitives pour certains (orthopédagogie, aide aux devoirs...), une thérapie individuelle pour d'autres (anxiété et autres), la participation à des activités parascolaires ainsi qu'une médication. Bien

des jeunes ont besoin de la mise en place d'une action concertée sans que la médication en fasse nécessairement partie »³.

Ainsi l'intervenant psychosocial, qu'il oeuvre dans le réseau de l'éducation ou de la santé et des services sociaux, a davantage à s'outiller d'un large éventail d'outils et de moyens pour aider l'enfant (ou indirectement ses parents et son enseignante) à apprendre à composer à long terme avec ses déficits d'inhibition comportementale, associés à des difficultés persistantes d'impulsivité et d'inattention. Mentionnons certaines ressources susceptibles d'outiller et d'alimenter de façon concrète une approche multimodale, que ce soit en milieu scolaire (Charlebois, Gauthier, & Rajotte, 2003; Desjardins, Groulx, & Lavigneur, 1999; Lavigneur & Coutu, 2003) ou en milieu familial (Lavigneur, 2002; Sauvé, 2000).

En conclusion, il semble bien que les différents points de vue sur le TDAH exprimés par les chercheurs, les professionnels, les parents, les enfants ou les enseignants pointent tous dans la même direction, soit *l'urgence d'établir une action concertée* entre chacun des acteurs impliqués et préoccupés par cette problématique importante... On peut également affirmer que cette nécessaire concertation, prônée avec insistance dans les documents d'orientation des instances gouvernementales et des associations professionnelles, a plus de chances de se réaliser si les trois conditions suivantes sont réunies : (a) lorsqu'il y a une reconnaissance et une ouverture face aux perceptions et aux attentes de chacun des acteurs-partenaires ; (b) lorsqu'il y a un partage de l'information en regard des connaissances scientifiques actuelles ; et, (c) lorsque les ressources professionnelles sont présentes et disponibles dans les milieux scolaire, de la santé et des services sociaux, et que les personnes concernées peuvent compter sur le soutien offert par les organismes communautaires et les associations de parents.

En regard de cette dernière condition, il est important de souligner qu'à défaut de disposer des ressources nécessaires pour permettre un accompagnement de qualité, les milieux scolaires apparaissent plus défensifs, les parents se retrouvent rapidement débordés et les enfants deviennent progressivement dévalorisés et démotivés... L'écart persistant entre le plan d'action annoncé par le gouvernement du Québec et les ressources effectivement disponibles sur le terrain a d'ailleurs été maintes fois dénoncé tant par les milieux scolaires que par les associations de parents. Les affirmations publiques et les énoncées de principe ne suffisent plus, l'action concertée entre les différents partenaires présents dans les milieux de vie de l'enfant exige la mise en place des ressources humaines nécessaires pour véritablement « Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes TDAH », selon l'expression même du plan d'action conjoint du Ministère de l'Éducation et de Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MEQ/MSSS, 2000a).

3. Extrait tiré du commentaire d'un lecteur arbitre

Références

- Agence APM-Reuters. (1999, 14 décembre). *Hyperactivité-troubles de l'attention: Des experts du conseil de l'Europe soutiennent la Ritaline*. [Page web]. URL : http://www.hypsos.ch/articles/afp_reuters.htm
- American Academy of Pediatrics. (2000). Diagnosis and evaluation of the child with attention - deficit / hyperactivity disorder (Ac0002). Practice guideline. *Pediatrics*, 105, 1158-1170.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Treatment of the child with attention - deficit / hyperactivity disorder (Ac0002). Practice guideline. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.
- American Psychiatric Association. (2001). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., text revised). Washington, DC: Auteur.
- 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.
- Bange, F., & Mouren-Siméoni, M.-C. (2000). Hyperactivité et Ritaline: le pour et le contre. *Médecine Thérapeutique/Pédiatrie*, 3, 168-171.
- Baril, D. (1999). Le bonheur est dans le comprimé. *Les Diplômés*, 9-10.
- Barkley, R. A., Cook, E. H., Dulcan, M., et al. (2002). International consensus statement on ADHD: January 2002. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 89-111.
- Bérubé, N. (2003, 30 août). Des enseignants accros... au Ritalin. *La Presse*, p. A5.
- Brook, U., Watemberg, N., & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and Counseling*, 40, 247-252.
- Bussing, R., Schoeberg, N. E., & Perwien, A. R. (1998). Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among african-american and white parents. *Social Science Medecine*, 46, 919-928.
- CH.A.D.D. (1992). *CH.A.D.D.educators manual. An in-depth look at attention deficit disorders from an educational perspective*. Plantation, FL : Auteur.
- Charlebois, P. (2000). La prévention des problèmes associés au déficit d'attention avec hyperactivité. Dans F. Vitaro, & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (pp. 70-113). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Charlebois, P., Gauthier, J., & Rajotte, A. (2003). *Stratégies psychoéducatives pour enfants hyperactifs, inattentifs... et autres*. Montréal : Brault et Bouthillier.
- Cohen, N. J., & Thompson, L. (1982). Perceptions and attitudes of hyperactive children and their mothers regarding treatment with methylphenidate. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 40-42.
- Collège des Médecins du Québec et de l'Ordre des Psychologues du Québec. (2001). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices*. Montréal: Auteurs. Voir www.cmq.org
- Comité de la revue de l'utilisation des médicaments du Québec (C.R.U.M.) (2001). *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention / hyperactivité*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999). Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options : Impact on enrolment and adherence to a 12-month treatment trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1043-1048.
- Couture, C. (2002). *Croyances d'enseignants québécois et britanniques de niveau primaire sur le trouble de déficit de l'attention / hyperactivité*. Thèse de doctorat inédite, Faculté des sciences de l'éducation: Université Laval, Québec.
- Couture, C., Royer, É., Potvin, P., & Dupuis, F. A. (2003). Expériences et croyances des enseignants québécois francophones du niveau primaire en lien avec le trouble de déficit de l'attention / hyperactivité. *Revue de Psychoéducation*, 32, 225-247.
- Cowart, V. S. (1988). The ritalin controversy: What's made the drug's opponents hyperactive? *JAMA*, 259, 2521-2523.
- Desjardins, B. (1998, 11 décembre). Dénoncés par l'école à la DPJ. Leur crime: refuser de droguer leur enfant. *Le Journal de Montréal*, pp.1, 3.
- Desjardins, C. (2001). *Ces enfants qui bougent trop*. (Nouv. éd.), Montréal: Quebecor.

- Desjardins, C., Groulx, M., & Lavigne, S. (1999). *Protocole pour aider à mieux intervenir auprès des élèves pouvant présenter un déficit d'attention / hyperactivité*. Ottawa : Centre Franco-Ontarien de Ressources Pédagogiques.
- Église de Scientologie (Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme). (1998). *Détruire des vies: la psychiatrie et les enfants trahis et drogués pour un profit*. Los Angeles, CA: Auteur.
- Falardeau, G. (2000). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Deuxième partie : le traitement. *Le Clinicien*, octobre, 81-94.
- Ferguson, H. B., & Wiggins, D. (1993). Aspartame and child behavior. *The Canadian Journal of Pediatrics*, 2, 203-205.
- Ficher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.
- Firestone, P. (1982). Factors associated with children's adherence to stimulant medication. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 447-457.
- Garcia, J. A. (1997). The content of an internet discussion forum for ADHD. *The ADHD Report*, 5(4), 6-8.
- Gervais, J. (1996). *Le cousin hyperactif*. Montréal: Boréal.
- Gladwell, M. (1999). Running from ritalin. Is the hectic pace of contemporary life really to blame for A.D.D.? Not so fast. *The New Yorker*, 74 (46), 80-84.
- Gordon, M. (1997). ADHD in cyberspace. *The ADHD Report*, 5 (4), 4-6.
- Grynkwich, M. A. U. (1996). *Elementary and secondary preservice educators' attitudes and knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder*. Thèse de doctorat inédite, University of Arizona.
- Harris Interactive Market Research. (2002). *Cultural attitudes and perceptions about attention deficit hyperactivity disorder*. Fort Washington, PA: On behalf of McNeil Consumer and Specialty Pharmaceuticals.
- Henker, B., & Whalen, C. K. (1989). Hyperactivity and attention deficits. *American Psychologist*, 44, 216-223.
- Hetchman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 350-360.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Grennhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Elliott, G., Hetchman, L., Hoza, B., March, J. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Vitiello, B., Wells, K., & Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH multimodal treatments study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 60-73.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A., & Leo, M. (2003). Children's accounts of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Advances in Nursing Science*, 26, 114-130.
- Klein, D. A. (2001). *The relationship between elementary school teachers' understanding of attention deficit-hyperactivity disorder and teaching stress*. Thèse de doctorat inédite, Chicago School of Professional Psychology: Chicago.
- Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387.
- Lavigne, S. (2002). *Ces parents à bout de souffle. Guide de survie à l'intention des parents qui ont un enfant hyperactif*. (Nouv. éd.). Montréal: Quebecor.
- Lavigne, S., & Coutu, S. (2003). Comprendre et aider ces enfants « qui bougent beaucoup et écoutent trop peu ». *Vivre le Primaire*, 16 (2), 14-16.
- Lavigne, S., & Desjardins, C. (1999). Une approche globale du déficit d'attention/hyperactivité : analyse systémique et intervention multimodale. *La Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 28, 141-161. <http://w3.uqo.ca/qemvie/so/ContexteTDAH1.html>
- Lavigne, S., Coutu, S., & Desjardins, C. (soumis). *The nature and treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: From the perspective of parents, teachers, and other professionals*.
- Lindgren, S. D. (1994). Sugar, aspartame, and hyperactivity. *The ADHD Report*, 2(4), 5-7.
- Liu, C., Robin, A. L., Brenner, S., & Eastman, J. (1991). Social acceptability of methylphenidate and behavior for treating attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 88, 560-565.

- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2000a). *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. TDAH. Plan d'action*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2000b). *Rapport du comité-conseil sur le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003a). *L'hyperactivité et les problèmes d'attention chez les jeunes. Soyons vigilants!* Dépliant. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003b). *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation: connaissances et interventions*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Pate, P. E. (1993). *The effect of the knowledge of the recommendation of medication upon teachers' attributions for students with behavior/attentional problems*. Thèse de doctorat inédite, George Mason University: USA.
- Pelham, W. E. (2001). Implications of the MTA study for behavioral and combined treatments. *The ADHD Report*, 8(4), 9-13.
- Poulin, P. (2002a). Le traitement du TDAH. *Le Médecin du Québec*, 37(9), 65-73.
- Poulin, P. (2002b). Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité ou comment s'élever au-dessus des passions pour faire une bonne job... *Le Médecin du Québec*, 37(9), 41-43.
- Power, T. J., Hess, L. E., & Bennett, D. S. (1995). The acceptability of interventions for attention-deficit hyperactivity disorder among elementary and middle school teachers. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 238-243.
- Rappaport, N., & Chubinsky, P. (2000). The meaning of psychotropic medications for children, adolescents, and their families. *Clinical Perspectives*, 39, 1198-1200.
- Rostain, A. L., Power, T. J., & Atkins, M. S. (1993). Assessing parents' willingness to pursue treatment for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 175-181.
- Santé Canada. (1999). *L'enquête sur le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)- Diagnostic et traitement au méthylphénidate parmi les médecins canadiens*. Ottawa: Auteur.
- Sauvé, C. (2000). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Montréal : Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, collection Parents.
- Schachar, R. (2000). The MTA study: Implications for medication management. *The ADHD Report*, 8(4), 2-6.
- Shaver, S. M. (1998). *The relationship among teaching practices, attitudes about ADHD and medical and special education referral by teachers*. Thèse de doctorat inédite, University of Northern Colorado: CO.
- Sleator, E. K., Ullman, R. K., & Neumann, A. V. (1982). How do hyperactive children feel about taking stimulants and will they tell the doctor? *Clinical Pediatrics*, 21, 474-479.
- Slomkowski, C., Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 303-315.
- Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial and Special Education*, 24, 46-56.
- Swanson, J. (2003). Compliance with stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. Issues and approaches for improvement. *CNS Drugs*, 17, 117-131.
- Swanson, J. M., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L. J., Lerner, M.A., Williams, L., Christian, D. L., Tamm, L., Willcutt, E., Crowley, K., Cleverger, W., Khouzam, N., Woo, C., Crinella, F. M., & Fisher, T. (1993). Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: A "review of reviews". *Exceptional Children*, 60, 154-162.
- Tendland, J. (1999). *Déficit de l'attention/hyperactivité et usage de stimulants du système nerveux central. Bref exposé de la situation*. Groupe de travail MEQ-MSSS, Québec: Gouvernement du Québec. Voir www.kluweronline.com/issn/1096-4037
- Vincent, A. (2004). *Mon cerveau a besoin de lunettes. Vivre avec l'Hyperactivité*. Lac Beauport (Qué.) : Éditions Académie Impact.
- Whalen, C. K., & Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: Comparisons, combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137.

Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, *111*, 179-185.

Wolraich, M. L., Wilson, D. B., & White, W. (1995). The effect of sugar on behavior and cognition in children. A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, *274*, 1617-1621.