

**Connaissances et croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité**

**Knowledge and beliefs of professional workers in education, health and social services towards ADHD**

**Conocimientos y creencias de los interventores de los medios escolares, de la salud y de los servicios sociales con respecto al trastorno por déficit de la atención/hiperactividad**

**Conhecimentos e crenças dos intervenientes dos meios escolares, da saúde e dos serviços sociais com respeito ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**

Line Massé, Caroline Couture et Valentine Anciaux

Volume 35, numéro 1, printemps 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044802ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044802ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Massé, L., Couture, C. & Anciaux, V. (2010). Connaissances et croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 153–179. <https://doi.org/10.7202/044802ar>

Résumé de l'article

Cette recherche vise à mieux connaître les connaissances et les croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux du Québec à l'égard du TDAH. Les auteurs examinent l'écart important entre les pratiques identifiées comme exemplaires auprès des personnes ayant un TDAH et celles qui sont utilisées dans les milieux québécois. Cette situation observée par Cohen et al. (1999) pourrait être liée aux connaissances erronées des intervenants ou à leurs croyances qui vont à l'encontre de ces pratiques et à leur refus de les appliquer dans leurs milieux. Deux outils ont été administrés : le Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale (ADHDOS) (Couture, 2002) et le Survey of ADHD de Jerome et al. (1994). Les résultats démontrent, entre autres, que les connaissances et les croyances varient selon la profession et la formation reçue.



## Connaissances et croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

Line Massé\*

Caroline Couture\*\*

Valentine Anciaux\*\*\*

Cette recherche vise à mieux connaître les connaissances et les croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux du Québec à l'égard du TDAH. Les auteures examinent l'écart important entre les pratiques identifiées comme exemplaires auprès des personnes ayant un TDAH et celles qui sont utilisées dans les milieux québécois. Cette situation observée par Cohen et al. (1999) pourrait être liée aux connaissances erronées des intervenants ou à leurs croyances qui vont à l'encontre de ces pratiques et à leur refus de les appliquer dans leurs milieux. Deux outils ont été administrés : le Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale (ADHDOS) (Couture, 2002) et le Survey of ADHD de Jerome et al. (1994). Les résultats démontrent, entre autres, que les connaissances et les croyances varient selon la profession et la formation reçue.

**L**e trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) se définit par un mode persistant d'hyperactivité, d'impulsivité ou d'inattention à un degré qui est plus fréquent et sévère que ce qui est observé chez les sujets d'un niveau de développement similaire et qui provoque une gêne fonctionnelle importante (APA, 2003). Le TDAH, tel que défini par la quatrième édition révisée du Manuel diagnostique des troubles mentaux (2003), est maintenant reconnu comme étant le trouble le plus répandu dans la population infantine (Brownell et Yogendran, 2001) et se retrouverait chez 3 % à 7 % des jeunes d'âge scolaire. Même si les symptômes diminuent habituellement avec l'âge, surtout en ce qui concerne les symptômes d'hyperactivité, le TDAH est de plus en plus

\* Ph.D., Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.

\*\* Ph.D., Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.

\*\*\* M.A., Ph.D., Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.

considéré comme un trouble chronique. En effet, les symptômes du TDAH persistent à l'adolescence chez 85 % des enfants diagnostiqués à l'enfance, et à l'âge adulte, chez 65 % d'entre eux (Faraone et al., 2006).

Néanmoins, comme toute catégorisation du comportement humain, la catégorie diagnostique du TDAH peut être remise en question. Plusieurs controverses entourent ce diagnostic qui peuvent être résumées en trois points (National Collaborating Center for Mental Health, 2009, 23) :

- 1) *les critiques techniques* mettent l'accent entre autres sur la subjectivité du diagnostic et le manque de spécificité des critères ;
- 2) *les critiques sociologiques* soutiennent que le TDAH est un construit social, en se basant entre autres sur la disproportion du nombre de diagnostics selon le genre, la classe sociale et l'ethnicité ; ils allèguent que c'est un construit idéologique basé sur les pratiques hégémoniques de la psychiatrie ;
- 3) *les critiques concernant la validité* questionnent l'existence réelle du trouble et soulignent que le diagnostic dépend de conditions institutionnelles et sociales.

Malgré ces controverses, le TDAH est reconnu par les experts des milieux scolaires, sociaux et médicaux de la plupart des pays industrialisés dont plusieurs ont déjà publié des lignes de conduite en lien avec le diagnostic du TDAH et les traitements recommandés, dont la médication et les interventions psychosociales (American Association of Pediatrics (AAOP), 2000 ; Canadian Attention Deficit Hyperactivity Alliance (CADDRA), 2007 ; National Collaborating Center for Mental Health, 2009 ; OMS, 2001).

Le TDAH ne semble pas découler d'une étiologie unique, mais plutôt d'un ensemble de causes diverses (National Collaborating Center for Mental Health, 2009). Beaucoup de spécialistes souscrivent toutefois à l'hypothèse d'une prédisposition biologique au trouble, où une variété d'étiologies neurologiques (complications périnatales, atteintes cérébrales, atteintes neurotoxiques, infirmités motrices cérébrales, épilepsie, infections) pourrait perturber le système nerveux central et donner naissance aux problèmes de comportement. Les prochaines lignes présentent un résumé rapide des principales hypothèses examinées à ce jour dans la littérature médicale, concernant les causes du TDAH (National Collaborating Center for Mental Health, 2009).

- Cette prédisposition serait en partie héréditaire. Quand un parent présente le trouble, il y a plus de 57 % de risque qu'il le

transmettre à un des membres de sa descendance. Toutefois, aucun mode de transmission n'est encore déterminé, ni la nature précise des anomalies génétiques.

- Les hypothèses concernant le système nerveux central qui retiennent le plus d'adhésion se rapportent aux systèmes de projections neurochimiques, en particulier la dopamine, la sérotonine et la norépinéphrine, ainsi qu'à des dysfonctions au niveau du lobe frontal. Dans plusieurs études, des taux plus faibles de dopamine et de sérotonine ont été observés chez les enfants hyperactifs, comparativement aux enfants normaux. On émet l'hypothèse qu'une déficience sélective de la disponibilité de la dopamine pourrait être en jeu (c'est-à-dire que dans certaines régions du cerveau des taux plus faibles de dopamine seraient disponibles).
- Des indications claires suggèrent l'existence d'un déficit des lobes frontaux chez les personnes ayant un TDAH, mais le déficit ne serait pas global et toucherait particulièrement les fonctions d'inhibition et de contrôle stratégique.
- Certaines études épidémiologiques n'ont pas trouvé de liens importants entre le TDAH et des antécédents pré- ou périnataux plus lourds (état de santé déficient de la mère durant la grossesse ou jeune âge, détresse foetale, etc.) lorsqu'on tenait compte d'autres facteurs tels que le tabagisme ou l'abus d'alcool de la mère (Barkley, 2005).
- Plusieurs recherches ont trouvé des liens entre l'intoxication au plomb et les problèmes d'hyperactivité, de vigilance et d'impulsivité. Par ailleurs, l'exposition au plomb n'est pas considérée comme la cause principale du TDAH, mais plutôt comme un élément qui augmente la prédisposition de l'enfant à développer le problème.
- Les résultats des recherches ne confirment pas les hypothèses étiologiques concernant la surconsommation de sucre raffiné, de colorants alimentaires, d'agent de conservation, de saveurs artificielles ou de caféine.
- Aucune confirmation scientifique n'appuie l'hypothèse voulant que le trouble soit un pur produit de facteurs environnementaux comme la pauvreté, le chaos familial ou les pratiques éducatives déficientes des parents. Selon l'état actuel des connaissances, les facteurs environnementaux pourraient exacerber les symptômes de l'enfant, mais ils n'en seraient pas la cause directe.

Les recherches épidémiologiques suggèrent que le TDAH est présent dans 3 à 5 % de la population d'âge scolaire (Breton et al., 1999). Cependant, le taux actuel de diagnostic dans la communauté a augmenté significativement au cours des dernières années et excède maintenant ce qui est attendu selon les études épidémiologiques (Dryer et al., 2006). De plus, le taux de prévalence varie grandement selon la profession de la personne qui fait l'évaluation (Wolraich et al., 1998). Certains soutiennent que cette situation serait en partie attribuable aux croyances des intervenants (Bender, et al., 1995) et à leurs connaissances parfois insuffisantes et souvent incorrectes par rapport à ce problème (Desgranges et al., 1995 ; Jerome et al., 1994). Nous savons toutefois peu de choses sur les connaissances et les croyances des intervenants psychosociaux du Québec à l'égard du TDAH. Il se peut que celles-ci expliquent en partie l'augmentation de la prescription des psychostimulants au cours des dernières années comme traitement du TDAH (Barnard, 2004 ; CRUM, 2001). Il s'avère donc pertinent de mieux cerner les croyances et les connaissances des intervenants québécois, pour en tenir compte lors de la mise en place de programmes de formation.

Avant d'exposer l'état des connaissances sur le sujet, il importe de définir ce que nous entendons par « connaissances » et « croyances ». Les connaissances réfèrent à ce que les personnes savent sur le sujet, à propos de ce qui est reconnu scientifiquement comme vrai ou faux, alors que pour les croyances, une dimension affective s'ajoute. Pour Bilton (1996), les croyances sont envisagées comme une acceptation cognitive et émotive d'une proposition ou d'une doctrine<sup>1</sup>. Elles proviennent de plusieurs sources dont la valeur logique n'est pas nécessairement reconnue universellement, comme les convictions personnelles, les points de vue lus ou entendus dans les médias populaires, la formation reçue sur le sujet ou l'expérience passée avec cette problématique. Bilton (1996) reconnaît quatre dimensions inhérentes aux croyances liées au TDAH : la nature du trouble, son étiologie, sa localisation (individu ou société), et enfin, la désirabilité et l'efficacité de différentes stratégies d'intervention. Elle identifie cinq catégories de croyances liées au TDAH : morale-éthique, médicale allopathique, socioculturelle, politique-cognitive et médicale alternative.

Les croyances morales-éthiques se traduisent par l'idée que les symptômes du TDAH découlent d'un manque d'effort et de volonté de la part du jeune. Les types d'intervention privilégiés sont de type punitif. Selon les croyances médicales-allopathiques, le TDAH est un problème d'ordre biologique, hors du contrôle conscient de l'individu. Ce dernier

développerait des complications secondaires de type psychosocial suite à ce problème biologique. Les interventions sont de type médical et psychosocial telles les médications et la thérapie. Les personnes qui adhèrent aux croyances socioculturelles estiment que les difficultés associées au TDAH ne sont pas localisées dans les individus mais qu'elles sont imbriquées dans certains aspects problématiques du contexte socioculturel dans lequel ils vivent. C'est dans ce type de croyances que l'on retrouve des idées exprimant que le TDAH est causé par les réponses parentales ou scolaires inadéquates. Les interventions privilégiées portent sur l'environnement social de l'enfant. Pour ce qui est des croyances médicales-alternatives, elles expliquent le TDAH par des influences environnementales toxiques telles des régimes alimentaires inadéquats et des allergies, ou encore par des causes biologiques qui ne sont pas prouvées empiriquement. Les traitements privilégiés sont inspirés des courants de médecine alternative et leur efficacité n'est pas prouvée. Enfin, les personnes qui adhèrent aux croyances cognitives-politiques situent la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu. Elles estiment que les jeunes diagnostiqués présentent des différences réelles mais que ces différences ne deviennent problématiques qu'à partir du moment où la société les dévalorise en utilisant des étiquettes comme le TDAH à des fins de contrôle social. Les traitements recommandés sont la compréhension, l'adaptation des milieux et un ajustement des attentes de ces derniers. Il est important de mentionner que des croyances de type pur n'existent pas. Lorsqu'on fait le portrait des croyances d'un individu, on constate que chacun adhère à des croyances dans chacune de ces catégories. Cependant, selon les personnes, les croyances d'une ou deux catégories seront prépondérantes et pourront vraisemblablement influencer leurs pratiques envers les enfants ayant un TDAH.

Les ministères de l'Éducation, des Loisirs et des Sports et de la Santé et des Services sociaux du Québec (2003) soutiennent que les enseignants et les intervenants possèdent généralement une faible connaissance du TDAH ainsi que des interventions à privilégier pour aider les personnes qui en sont atteintes. Les études recensées supportent en partie cette affirmation, du moins pour les enseignants. Peu d'études sont toutefois disponibles sur les connaissances et les croyances des intervenants.

Dans une étude comparative sur les connaissances et les attitudes des enseignants canadiens et américains à l'égard du TDAH, Jerome et al. (1994) observent que plus de 75 % des enseignants ont une assez bonne connaissance de l'étiologie du trouble et des bénéfices et des

limites associés à la médication, mais que ces derniers ont une moins bonne connaissance de l'aspect héréditaire du trouble (67 %) et de sa chronicité (59 %). Leurs connaissances les plus faibles ont trait aux hypothèses étiologiques et aux traitements infirmés concernant la consommation de sucre et d'additifs alimentaires : 66 % des enseignants canadiens croient que le trouble est causé par cette consommation et 77 % croient que les diètes alimentaires peuvent être efficaces dans le traitement du TDAH. Les enseignants qui ont reçu une formation spécifique sur le trouble ou ceux qui ont une spécialisation en adaptation scolaire ont de meilleurs résultats que ceux qui n'en ont pas. DiBattista et Sheppard (1993) rapportent des résultats similaires concernant les croyances d'enseignants du primaire canadiens sur la consommation de sucre. Comme ces études datent de plus de 15 ans, le portrait peut avoir changé depuis ce temps.

Dans une autre étude américaine menée auprès d'enseignants du primaire, Sciutto et al. (2000) obtiennent des résultats similaires concernant les fausses conceptions sur le sucre et les additifs alimentaires (42,3 % des répondants). Ils notent par ailleurs que les enseignants ont une meilleure connaissance des symptômes du TDAH tels que définis dans le DSM-IV que des informations générales à propos du trouble ou du traitement, surtout pour ce qui est des traitements psychosociaux. Le niveau de connaissance global moyen était par ailleurs faible (47,8 %). Aucun lien significatif n'a été trouvé entre le niveau de connaissance des répondants, leur âge, leur niveau d'éducation ou le nombre de cours suivi en adaptation scolaire. Par ailleurs, le fait d'avoir été en contact avec plusieurs élèves ayant un TDAH et le nombre d'années d'expérience semblait avoir un faible effet positif sur les connaissances des répondants. Brook et al. (2000) observent les mêmes résultats auprès d'enseignants du secondaire en Israël. Dans une étude australienne répliquant celle de Jerome et al. (1994), Bekle (2004) observe certaines améliorations sur les connaissances des enseignants du primaire, notamment la nature biologique du trouble et son aspect héréditaire. Par exemple, plus de 90 % des enseignants interrogés sont d'accord pour dire que le TDAH provient d'une cause biologique et que les difficultés comportementales des enfants TDAH ne sont pas volontaires. Par ailleurs, des mythes semblent persister, notamment les diètes alimentaires. Plus de 48 % des sujets croient que la consommation de sucre et d'additifs alimentaires cause le TDAH, et 77 % croient que les diètes alimentaires sont utiles dans le traitement du TDAH. Kos et al. (2004) observent que les connaissances des enseignants s'améliorent significativement lorsque ceux-ci ont été en contact avec au moins un élève ayant un TDAH ou lorsqu'ils ont

obtenu une formation additionnelle sur le sujet, alors que l'âge et les années d'expérience n'avaient pas d'influence. Dans une étude australienne, West et al. (2005) rapportent que les enseignants et les parents possèdent une meilleure connaissance des causes du TDAH que des caractéristiques liées au trouble ou de son traitement (connaissance la plus faible). Aucune corrélation n'est observée entre les connaissances des enseignants et leur nombre d'années d'expérience. Cependant, ceux ayant une qualification en adaptation scolaire ont des meilleures connaissances que ceux qui n'en ont pas.

Dans une étude américaine, Frankenberger et al. (2001) observent que les psychologues ont une très bonne connaissance des causes du TDAH, des effets des différentes médications ainsi que de leurs effets secondaires. Ces derniers croient toutefois que le TDAH est surdiagnostiqué et que trop d'enfants sont traités avec les psychostimulants en négligeant les traitements psychosociaux. Pour ce qui est du surdiagnostic, cette croyance ne semble pas être confirmée par les recherches, du moins celles menées aux États-Unis (Sciutto et Eisenberg, 2007).

### **Croyances sur le TDAH**

Dans une étude menée au Québec en 2000-2001 qui s'inspire du modèle de Bilton, Couture et al. (2003) observent que les croyances des enseignants au Québec relevaient plus de l'ordre médical-allopathique, du socioculturel et du type médical-alternatif comparativement aux croyances de type cognitif-politique ou du type moral-éthique. Enfin, les enseignants québécois expliquent aussi le TDAH par des influences environnementales toxiques telles des régimes alimentaires inadéquats et des allergies ou encore par des causes biologiques qui ne sont pas prouvées empiriquement par la médecine traditionnelle.

Dans une étude sur les théories implicites à propos du TDAH de parents et de professionnels dans les secteurs psychologique, éducationnel, médical ou paramédical, Dryer et al. (2006) notent un degré important de concordances entre les groupes sur leurs croyances à propos des caractéristiques et des causes du TDAH et que dans la plupart des cas, celles-ci sont en accord avec la littérature scientifique à cet égard. Par contre, ils observent que les parents et les enseignants adhèrent plus fortement à la croyance à l'égard des toxines et de l'alimentation comme causes du TDAH que les médecins ou les psychologues. Pour expliquer ces différences, les auteurs avancent l'hypothèse que les parents et les enseignants ont moins accès à la littérature scientifique que les deux autres groupes.



Le but de cette étude est de mieux connaître les connaissances et les croyances des intervenants des réseaux scolaire et de la santé et des services sociaux concernant le TDAH et d'étudier les effets des différentes variables sur les connaissances et les croyances de ces intervenants, entre autres le nombre d'années d'expérience professionnelle, le type de profession et le niveau de scolarité.

## **Méthode**

### ***Participants***

Nous avons recruté un échantillon de convenance composé de 211 intervenants (180 femmes et 31 hommes) s'étant inscrits à des formations sur le TDAH offertes par la direction régionale du MELS et de l'Agence de la santé et des services sociaux des régions administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Parmi les personnes inscrites à la formation, seulement trois ont refusé de participer à l'étude. Les participants oeuvrent auprès de jeunes ou de leur famille dans les milieux scolaires ou dans le réseau de la santé et des services sociaux de ces régions. Les questionnaires ont été distribués aux participants avant la tenue des séances de formation.

### ***Instruments***

Le premier questionnaire utilisé est une adaptation française du Survey of ADHD (Jerome et al., 1994). La section A comporte 18 questions sur les thèmes suivants : le nombre d'années d'expérience professionnelle, le type de profession, la clientèle rencontrée, le niveau de scolarité, la formation reçue sur le TDAH, les livres et les articles lus à ce propos, la collaboration avec le médecin de famille de l'enfant TDAH. La partie B comporte 20 questions « vrai ou faux » sur les connaissances à propos du TDAH (voir le tableau 1). Afin d'éviter les jeux de devinette et de mieux identifier que les répondants ne connaissent pas la réponse, un troisième choix de réponse a été ajouté, « ne sais pas ». Lors du traitement des données, nous avons comptabilisé ces réponses comme une mauvaise réponse. Bien que ce questionnaire ait été utilisé dans plusieurs études, il n'a pas fait l'objet d'un processus de validation particulier.

Tableau 1  
**Items et réponses du questionnaire sur les connaissances (Survey of ADHD, Jerome et al., 1994)**

Connaissances	Réponse attendue
1. Le TDAH peut résulter de pratiques parentales déficientes.	Faux
2. Le TDAH peut souvent être causé par le sucre ou des additifs trouvés dans certains aliments.	Faux
3. Les enfants avec le TDAH naissent avec des vulnérabilités biologiques affectant la capacité d'attention et le contrôle de soi.	Vrai
4. Un enfant peut être correctement diagnostiqué comme ayant le TDAH et ne pas être sur-réactif.	Vrai
5. Les enfants qui présentent le TDAH ont constamment besoin d'un environnement silencieux et non stimulant afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs tâches.	Faux
6. Les enfants qui présentent le TDAH se comportent mal principalement parce qu'ils ne veulent pas suivre les consignes et compléter les tâches demandées.	Faux
7. L'inattention de l'enfant avec un TDAH ne résulte pas de comportements défiants, oppositionnels ou d'un refus de faire plaisir aux autres.	Vrai
8. Le TDAH est un trouble médical qui ne peut être traité que par médication.	Faux
9. Les enfants présentant le TDAH pourraient faire mieux s'ils essayaient plus fort.	Faux
10. La plupart des enfants présentant le TDAH deviennent des adultes normaux puisque les symptômes finissent par s'estomper.	Faux
11. Le TDAH peut être héréditaire.	Vrai
12. Le TDAH est présent aussi souvent chez les garçons que chez les filles.	Faux
13. Le TDAH est plus courant chez les enfants des minorités ethniques que chez les Caucasiens (de race blanche).	Faux
14. Si une médication est prescrite, les interventions éducatives ne sont souvent plus nécessaires.	Faux
15. Si un enfant a d'excellents résultats scolaires un jour et des résultats désolants le lendemain, il est peu probable qu'il ait un TDAH.	Faux

- |   |      |
|---|------|
| 16. Les diètes ou régimes sont généralement inefficaces pour traiter la plupart des enfants présentant le TDAH.   | Vrai |
| 17. Si un enfant peut jouer au Nintendo pendant plusieurs heures, il ne présente probablement pas le TDAH.        | Faux |
| 18. Les enfants présentant le TDAH sont à grand risque de devenir délinquants une fois adolescents.               | Vrai |
| 19. Les enfants qui présentent le TDAH se comportent généralement mieux dans les situations un-à-un qu'en groupe. | Vrai |
| 20. Le TDAH est souvent le résultat d'une vie familiale chaotique et dysfonctionnelle.                            | Faux |

---

**Note:** C'est sur la base des connaissances issues des études scientifiques basées majoritairement sur une approche médicale allopathique que les items sont estimés vrais ou faux. Certains de ces énoncés restent controversés et leur justesse peut être discutée par les tenants de d'autres approches.

Le deuxième questionnaire utilisé est la version française du *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale* (ADHOS, traduit et adapté par Couture et al., 2002). Ce questionnaire évalue le profil des croyances sur le TDAH à partir de la typologie mise en place par Bilton (1996). Ce questionnaire mesure le niveau d'accord des individus à l'égard de différents énoncés portant sur la nature du TDAH, son étiologie et les traitements possibles. Cet instrument comprend 21 questions auxquelles le sujet répond au moyen d'une échelle de type Likert sans point neutre allant de 1 à 4 points (de « totalement en accord » à « totalement en désaccord »). Cet instrument, traduit et adapté de celui développé par Bilton (1996) a fait l'objet d'une validation à partir d'un échantillon de 323 intervenants par Couture et al. (2002). La cohérence interne de chacune des catégories y a été montrée comme acceptable compte tenu du petit nombre d'items (4 ou 5) par catégorie : (1) morale éthique ( $\alpha = 0,66$ ), (2) médicale allopathique ( $\alpha = 0,65$ ), (3) socioculturelle ( $\alpha = 0,68$ ), (4) médicale alternative ( $\alpha = 0,64$ ), cognitive politique ( $\alpha = 0,69$ ). Pour faciliter les comparaisons, tous les scores présentés dans les sections suivantes ont été ramenés à une échelle identique. Ainsi, le score minimal à une échelle est de 4 et le score maximal est de 16, un score élevé révélant une adhésion élevée à la catégorie de croyances. Le tableau 2 présente les différents énoncés regroupés selon les croyances auxquelles ils sont rattachés.

Tableau 2  
**Items et échelles du questionnaire sur les croyances (ADHDOS, Couture, 2002)**

Croyances	Échelles
1. Le TDA/H est un problème causé par l'organisation et les habitudes des milieux de vie du jeune (par exemple : famille et école).	Socio-culturelle
5. Changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement pourrait réduire les impacts du TDA/H.	Socio-culturelle
12. Ce qu'on appelle « TDA/H » est souvent une réponse aux conditions sociales et aux exigences de la famille et du milieu scolaire.	Socio-culturelle
17. Changer les exigences à l'intérieur de la famille et du milieu scolaire est souhaitable pour réduire les conséquences du TDA/H.	Socio-culturelle
2. Le TDA/H reflète une faiblesse de caractère ou un manque de contrôle de soi.	Morale-éthique
6. Plus de discipline, i.e. un environnement plus strict, est probablement le meilleur traitement pour le TDA/H.	Morale-éthique
9. Il est souhaitable qu'on utilise une discipline plus stricte auprès des personnes qui ont un diagnostic de TDA/H.	Morale-éthique
14. Les individus à qui on attribue un TDA/H sont en fait des personnes qui manquent de discipline et de force de caractère.	Morale-éthique
3. Ce qu'on désigne par TDA/H n'est pas une pathologie, mais plutôt une façon d'envisager le monde différente de celle de la plupart des gens.	Politique-cognitive
4. Lorsqu'un individu présente les symptômes du TDA/H, il est souhaitable de lui offrir des traitements pour qu'éventuellement son comportement puisse correspondre aux attentes de la société.	Politique-cognitive
11. Pour réellement aider les personnes qui souffrent de TDA/H, il faudrait que la société change et qu'elle accorde une place véritable aux individus qui ont des caractéristiques différentes de celles valorisées par les normes sociales.	Politique-cognitive
16. Les différences individuelles associées au TDA/H ne devraient pas être considérées comme un « trouble », car elles représentent tout simplement un tempérament ou un style cognitif différents ou une personnalité hautement créative.	Politique-cognitive

- |     |   |                       |
|-----|---|-----------------------|
| 20. | Le concept de TDA/H est utilisé pour exclure des individus affichant des caractéristiques qui ne sont pas valorisées par certaines sociétés ou à l'intérieur de certaines situations sociales.  | Politique-cognitive   |
| 7.  | Les traitements médicaux sont les plus efficaces pour traiter les personnes qui souffrent du TDA/H.   | Médicale-allopathique |
| 10. | Les interventions de nature médicale sont souhaitables pour aider les personnes qui souffrent du TDA/H.   | Médicale-allopathique |
| 15. | Nous devrions nous fier à la science, à travers la recherche médicale et la pratique clinique, pour encadrer notre compréhension et le traitement du TDA/H.   | Médicale-allopathique |
| 19. | Les difficultés rencontrées par les personnes qui ont un diagnostic de TDA/H proviennent d'une condition médicale sérieuse.   | Médicale-allopathique |
| 8.  | Les symptômes du TDA/H diminueront suite à des changements aux habitudes de vie tels qu'un meilleur régime alimentaire et de l'exercice physique.   | Médicale-alternative  |
| 13. | Le TDA/H est une réponse aux irritants et aux toxines présents dans l'environnement et dans certains aliments (ex. : le plomb, le bruit et la pollution).   | Médicale-alternative  |
| 18. | C'est par des procédés naturels qu'il est désirable que le TDA/H soit traité. Par exemple, par une modification de la diète, une exposition limitée aux toxines, des vitamines, du yoga, de l'exercice physique ou d'autres traitements non-médicaux. | Médicale-alternative  |
| 21. | Le TDA/H décrit des comportements qui sont causés par des habitudes de vie qui ne sont pas saines comme une mauvaise alimentation, la passivité ou un abus d'émissions de télévision et de jeux vidéo stressants.                                     | Médicale-alternative  |
- 

## Présentation des résultats et discussion

### *Connaissances des intervenants*

Les premiers résultats présentés ci-dessous font état des réponses des intervenants à la section B du questionnaire *Survey of ADHD* (Jerome et al., 1994 adapté par Couture et al., 2004). Nous présentons ensuite les résultats des analyses de variance univariées (ANOVA) qui ont permis de vérifier si les résultats aux questions vrai ou faux étaient influencés par les caractéristiques des intervenants, telles qu'enregistrées dans la section A du même questionnaire. Il est important de mentionner que ce

questionnaire a été développé à partir des connaissances scientifiques issues majoritairement d'une approche médicale allopathique. Ainsi, si les résultats sont qualifiés de « meilleurs » dans les lignes qui suivent, c'est toujours selon les préceptes de cette approche.

Globalement, les intervenants possèdent d'assez bonnes connaissances sur le TDAH, puisqu'ils obtiennent une moyenne de 14,85/20. Le niveau de connaissance est cependant variable selon les aspects abordés. Ainsi, 94 % des intervenants savent que *les enfants avec le TDAH naissent avec des vulnérabilités biologiques affectant la capacité d'attention et le contrôle de soi*; 98,6 % estiment que *si une médication est prescrite, les interventions éducatives peuvent être encore nécessaires*; 90,7 % savent que *même si un enfant peut jouer au Nintendo pendant des heures, il peut présenter un TDAH*; 90,7 % ne croient pas que *les enfants avec un TDAH se comportent mal principalement parce qu'ils ne veulent pas suivre les consignes ou compléter les tâches demandées*; et 91,1 % savent que *les enfants qui présentent le TDAH se comportent généralement mieux dans les situations un à un qu'en groupe*.

Par contre, une question sur le pronostic du trouble révèle des connaissances qui ne sont pas en lien avec les connaissances scientifiques actuelles chez un grand nombre d'intervenants sur cet aspect: 61,2 % des intervenants pensent qu'il est vrai que *les enfants présentant le TDAH deviennent des adultes normaux puisque les symptômes finissent par s'estomper*. Par ailleurs, 50,9 % des intervenants croient que *les diètes et les régimes sont généralement efficaces pour traiter la plupart des enfants présentant un TDAH*. Cela semble beaucoup, compte tenu des appuis scientifiques nombreux qui récusent l'efficacité de pareils traitements, mais c'est moins que dans les études de Jerome et al. (1994) et de Bekle (2004) qui avaient toutes deux trouvé que 77 % des enseignants croyaient en l'utilité des diètes pour le traitement du TDAH. Finalement, près de la moitié de notre échantillon pensait que *les enfants qui présentent le TDAH ont constamment besoin d'un environnement silencieux et non stimulant pour pouvoir se concentrer sur leurs tâches* (44,7 %) et que *le TDAH est plus courant chez les enfants des minorités ethniques que chez les caucasiens* (45,8 %). Plusieurs professionnels québécois œuvrant auprès des clientèles avec un TDAH entretiennent donc certaines connaissances erronées.

Le portrait tracé ici ne permet pas d'affirmer que les intervenants ont de meilleures connaissances sur l'étiologie du trouble que sur ses caractéristiques ou sur les traitements. Au contraire, il semble que les intervenants interrogés possèdent certaines connaissances qui touchent chacun de ces aspects, mais pas une connaissance approfondie de

l'ensemble de la problématique qui permettrait d'offrir un portrait nuancé reflétant les connaissances scientifiques actuelles.

Il serait cependant faux de prétendre que tous les intervenants possèdent le même niveau de connaissances. Les analyses de variance effectuées sur le score total révèlent effectivement l'existence de différences selon certaines caractéristiques des intervenants. Une première caractéristique liée au niveau de connaissances des répondants est leur profession ( $F(4, 213) = 3,37, p = 0,011$ ). Plus précisément, les tests post-hoc de Tukey effectués sur les résultats présentés au Tableau 3 révèlent que les psychoéducateurs ( $p = 0,013$ ) et les psychologues ( $p = 0,046$ ) se démarquent du personnel scolaire par un niveau de connaissance plus élevé. Quant aux travailleurs sociaux, et au personnel de la santé, leurs connaissances occupent une position médiane.

Tableau 3  
Score total au questionnaire sur les connaissances  
selon la profession des répondants

	n	%	Total pré-test	
			M	ÉT
Psychoéducateur	72	34,1	15,43 <sup>1</sup>	2,06
Personnel de la santé <sup>a</sup>	30	14,2	14,59	3,60
Psychologues	41	19,4	15,29 <sup>1</sup>	2,29
Travailleurs sociaux	48	22,7	14,43	2,24
Personnel scolaire <sup>b</sup>	20	9,5	13,38 <sup>2</sup>	3,50
Total	211	100	14,85	2,62

Note: <sup>1</sup> et <sup>2</sup> se distinguent à  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup> le personnel de la santé est composé de médecins et d'infirmières. <sup>b</sup> Le personnel scolaire est composé d'éducateurs spécialisés, de directeurs d'école, d'enseignants et d'orthopédagogues.

Un regard plus spécifique sur chacune des questions posées révèle également des différences significatives dans les connaissances des intervenants de différentes professions. Ainsi, à la question *la plupart des enfants présentant le TDAH deviennent des adultes normaux puisque les symptômes finissent par s'estomper*, seulement 13 % des travailleurs sociaux ont su que cette affirmation était fausse contrairement à 59 % du personnel scolaire ( $p = 0,022$ ). Pour la question *le TDAH peut être héréditaire*, le personnel scolaire était partagé avec 53 % des répondants sachant que cette affirmation était vraie, alors que 95 % des psychologues le savaient ( $p = 0,024$ ). Finalement, pour la question *si un*

*enfant peut jouer au Nintendo pendant plusieurs heures, il ne présente probablement pas le TDAH*, le personnel de la santé se distingue défavorablement des autres intervenants avec seulement 69 % des intervenants qui savent que l'affirmation est fausse contrairement à plus de 90 % des intervenants des autres professions. Sur l'ensemble des autres questions, les scores des répondants de chacune des professions étaient équivalents d'un point de vue statistique.

Outre la profession des intervenants interrogés, d'autres caractéristiques des répondants semblent être liées à leurs connaissances du TDAH. Ainsi, le score total au questionnaire varie selon que les intervenants ont reçu ou non une formation sur le TDAH après leur formation initiale. Les 123 intervenants n'ayant suivi aucune formation obtiennent un score moyen de 14,01/20 alors que les 87 ayant suivi une formation sur le TDAH en cours d'emploi obtiennent un score moyen de 15,87/20 ( $t = 5,99, p < 0,00$ ). Les questions pour lesquelles la différence est la plus marquée sont regroupées au Tableau 4. Notons que ces questions portent sur des aspects variés du trouble dont l'étiologie, le traitement, le pronostic et la nature même du trouble.

Tableau 4

**Pourcentage d'intervenants ayant répondu correctement à chaque question, selon qu'ils ont reçu ou non une formation sur le TDAH en cours d'emploi**

	Formation sur le TDAH en emploi		t	(p)
	Non (%)	Oui (%)		
Le TDAH peut résulter de pratiques parentales déficientes.	61	78	2,79	0,006
Les enfants présentant le TDAH pourraient faire mieux s'ils essayaient plus fort.	85	97	3,00	0,004
La plupart des enfants présentant le TDAH deviennent des adultes normaux puisque les symptômes finissent par s'estomper.	31	51	2,88	0,004
Le TDAH peut être héréditaire.	63	90	4,94	0,000
Le TDAH est présent aussi souvent chez les garçons que chez les filles.	69	87	3,31	0,001



Les diètes ou régimes sont généralement inefficaces pour traiter la plupart des enfants présentant le TDAH.	34	68	5,08	0,000
---	----	----	------	-------

---

Des résultats allant dans le sens d'un lien positif entre les formations et les connaissances des enseignants à propos du TDAH ont été publiés par plusieurs chercheurs (Jerome et al., 1994; Kos et al., 2004; West et al., 2005). Nos résultats semblent confirmer que les professionnels ayant assisté à des formations sur le TDAH ont de meilleures connaissances sur la problématique, du moins en ce qui a trait à son étiologie.

De plus, nos analyses de variance montrent que les intervenants ayant lu plus de livres ( $F(4,213) = 6,82, p = 0,000$ ) et d'articles ( $F(4,211) = 8,16, p = 0,000$ ) sur le TDAH, obtiennent un score plus élevé sur l'inventaire de connaissances. Le même type d'analyse suggère que les intervenants qui ont été impliqués plus souvent dans les évaluations diagnostiques de jeunes, obtiennent un score plus élevé au test ( $F(4,212) = 8,66, p = 0,000$ ). À notre connaissance, ce type de facteur n'avait été étudié dans aucune autre étude antérieure. Nos données suggèrent donc que les intervenants pourraient acquérir des connaissances sur le TDAH en participant aux comités d'évaluation des enfants qui en manifestent les symptômes.

Le nombre d'enfants médicamenteux pour traiter le TDAH que les intervenants ont suivi au cours des deux années ayant précédé la recherche est une autre variable qui différencie les intervenants sur le plan de leurs connaissances ( $F(4,209) = 4,16, p = 0,003$ ). Ainsi, ceux qui ont suivi plus de 11 de ces enfants ont de meilleures connaissances que ceux en ayant suivi moins de 5. Quant aux autres caractéristiques des intervenants étudiées (âge, expérience, nombre de contacts avec les médecins, etc.), elles ne sont liées à aucune différence importante dans les connaissances des intervenants interrogés dans notre étude.

### ***Croyances des intervenants***

Les analyses présentées ci-dessous portent sur les réponses des intervenants à l'ADHDOS. Rappelons que le score minimal des échelles de ce questionnaire est de 4, ce qui réfère à un très faible degré d'adhésion au domaine de croyance et que le score maximal est de 16, ce qui réfère au degré maximal d'adhésion au domaine de croyance (Couture, 2003). Ces résultats ont été mis en interaction avec les mêmes variables dépendantes que pour les analyses précédentes.

Le tableau 5 présente les moyennes et les écarts-types obtenus pour chacun des types de croyances pour l'échantillon total. Une série de tests-t pour observations appariées a été effectuée entre les résultats moyens de chacune des catégories de croyances. Les moyennes diffèrent significativement les unes des autres, à l'exception des types de croyances morales-éthiques et médicales-alternatives. Le type de croyances prédominant est le type de croyances médicales-allopathiques ( $M = 11,12$ ,  $ÉT = 1,95$ ). Il n'est pas étonnant de remarquer ce phénomène puisque la médication est l'approche la plus préconisée en Amérique du Nord pour traiter le TDAH. Cela correspond également à ce que l'on retrouve dans la littérature. Par exemple, Bekle (2004) rapporte que la plus grande partie de son échantillon composé d'enseignants et d'étudiants en enseignement est d'accord pour dire que le TDAH provient d'une cause biologique. Ce type de croyances est suivi de près par la catégorie de croyances socioculturelles ( $M = 10,09$ ,  $ÉT = 1,58$ ). En analysant de plus près les croyances socioculturelles, on constate que 80 % des intervenants de notre échantillon sont en désaccord avec l'énoncé qui dit que *le TDAH est un problème causé par l'organisation des milieux de vie du jeune*. D'autre part, on observe aussi que 80 % des intervenants pensent qu'il faut changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement et qu'il faudrait changer les exigences à l'intérieur de la famille et du milieu scolaire pour réduire les conséquences du TDAH. Les intervenants ne remettent donc pas la famille en cause concernant l'apparition du TDAH, cependant ils reconnaissent que l'école et la famille ont un rôle à jouer au niveau de la prise en charge.

Tableau 5  
Moyennes et écart types des différents types de croyances

Croyances	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Médicale-allopathique	11,12	1,95
Socioculturelle	10,09	1,58
Politique-cognitive	8,94	1,75
Médicale-alternative	7,75	1,92
Morale-éthique	7,55	1,98
Moyenne totale	10,12	1,16

**Note :**  $N = 211$ . Selon une série de tests  $t$  pour échantillons appariés effectués sur les moyennes des catégories de croyances, seules les moyennes soulignées ne diffèrent pas significativement l'une de l'autre à  $p < 0,001$ .

Puisque la littérature actuelle suggère que le traitement le plus efficace est l'approche multimodale qui allie pharmacologie et interventions psychosociales (Pelham et Fabiano, 2008), il semble que la forte adhérence des intervenants aux croyances médicales allopathiques et socioculturelles témoigne d'une attitude qui va dans le sens des connaissances scientifiques actuelles.

Le type de croyances auxquelles adhèrent le moins les intervenants, est le type de croyances morales-éthiques ( $M = 7,55$ ,  $ÉT = 1,98$ ) et le type de croyances médicales alternatives ( $M = 7,75$ ,  $ÉT = 1,92$ ). Il est intéressant de remarquer le peu d'appui accordé aux croyances médicales alternatives comparativement à ce que l'on peut retrouver dans la littérature sur les croyances des enseignants (Couture, 2002). Cela peut suggérer que la diffusion des résultats scientifiques à ce propos est plus grande auprès des intervenants qu'auprès des enseignants, ou qu'ils sont formés au sujet de la problématique du TDAH à partir des connaissances scientifiques actuelles. Cette diminution peut aussi être attribuable au facteur temps, car la plupart des autres études ont été effectuées aux débuts des années 2000. En effet, depuis quelques années, on remarque que des efforts ont été déployés pour informer les intervenants des réseaux scolaires et de la santé et des services sociaux, notons entre autres les différents documents de sensibilisation produits par le MELS et le MSSS (2000a, 2000b, 2003a, 2003b). Il se peut que ces campagnes de sensibilisation aient influencé les croyances des intervenants.

Tout comme pour les connaissances, des différences sont observées dans les croyances des intervenants selon certaines de leurs caractéristiques. Tout d'abord, selon les ANOVA effectuées, seul le type de croyances médicales-allopathiques varie significativement selon les professions des répondants ( $F(4, 207) = 3,53$ ,  $p = 0,01$ ). Les tests post-hoc de Tukey démontrent que les croyances médicales-allopathiques des psychologues sont significativement plus élevées que celles des travailleurs sociaux. Cela signifie que les psychologues ont plus tendance à croire que le TDAH est un problème d'ordre biologique, hors du contrôle conscient de l'individu comparativement aux travailleurs sociaux. Cela peut provenir de la formation de base. Effectivement les psychologues ont une formation plus longue et peut-être plus basée sur la littérature scientifique en psychopathologie concernant le TDAH que les travailleurs sociaux. D'autre part, les différences peuvent aussi s'expliquer par les paradigmes propres à chacune des disciplines professionnelles. En effet, la formation en psychologie est davantage basée sur le modèle bio-psycho-social alors que la formation des travailleurs

sociaux s'appuie davantage sur des modèles tirés des paradigmes sociologiques. Le tableau 6 présente les scores des différentes professions en fonction de ces catégories de croyances.

Tableau 6  
Moyennes et écarts types de la croyance médicale-allopathique selon la profession

Professions	Médicales allopathiques	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Travailleurs sociaux	10,41**	2,16
Personnel scolaire b	10,91	1,46
Personnel de la santé a	10,93	2,52
Psychoéducateur	11,22	1,49
Psychologues	11,95**	2,11

**Note.** Selon les analyses à posteriori de Tukey, seules les moyennes soulignées diffèrent significativement l'une de l'autre.

\*\* $p < 0.01$

Selon les ANOVA effectuées, seules les croyances médicales-allopathiques ( $F(1, 206) = 11,38, p = 0,001$ ) et médicales-alternatives ( $F(1, 206) = 6,51, p = 0,01$ ) varient selon que les intervenants ont suivi ou non la formation continue sur le TDAH. Les croyances médicales-allopathiques sont significativement plus élevées pour les intervenants ayant suivi une formation sur le TDAH après leur formation principale ( $M = 11,59, \acute{E}T = 1,71$ ) comparativement aux intervenants n'ayant pas suivi de formation ( $M = 10,70, \acute{E}T = 1,98$ ). Pour le type de croyances médicales-alternatives, ceux qui n'ont pas suivi de formation ( $M = 8,06, \acute{E}T = 1,89$ ) ont une moyenne supérieure à ceux ayant reçu une formation sur le TDAH après leur formation principale ( $M = 7,39, \acute{E}T = 1,86$ ). On peut rapprocher ces résultats à ceux de West et al. (2005) qui révèlent que les enseignants avec une qualification en adaptation scolaire, ont des croyances qui se rapprochent plus des connaissances scientifiques.

Par ailleurs, le type de croyances politiques-cognitives ( $F(2, 208) = 3,66, p < 0,03$ ) varient significativement selon le niveau de scolarité des répondants. Pour ce type de croyances, on observe que celles des intervenants ayant un niveau de scolarité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle sont significativement moins élevées ( $M = 8,45, \acute{E}T = 1,62$ ) que celles des intervenants ayant un baccalauréat ( $M = 9,17, \acute{E}T = 1,73$ ). Cela veut dire que

les intervenants ayant un niveau de scolarité de 2e ou 3e cycle situent moins la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu que ceux qui ont un baccalauréat. Ces résultats suggèrent aussi que bien que les intervenants avec un baccalauréat estiment que les jeunes diagnostiqués présentent des difficultés réelles, ils estiment que ces différences deviennent problématiques à partir du moment où la société les dévalorise.

Le nombre de contacts entretenus avec les médecins en lien avec les cas de TDAH semble également être une variable liée aux croyances des enseignants. De fait, les analyses univariées effectuées démontrent les croyances médicales-allopathiques des intervenants varient en fonction du nombre de contacts écrits avec les médecins ( $F(4, 207) = 2,43, p = 0,05$ ). Les tests post-hoc de Tukey démontrent que les croyances médicales-allopathiques de ceux qui ont eu des contacts écrits avec les médecins dans tous les cas de TDAH auprès desquels ils ont eu à intervenir ( $M = 13,60, \acute{E}T = 1,52$ ), sont significativement plus élevées que ceux qui n'en ont eu aucun ( $M = 11,00, \acute{E}T = 2,89$ ). Il semble plausible que le fait que ces intervenants soient souvent en relation avec le milieu médical, fait en sorte qu'ils adhèrent à des croyances qui sont plus près de la médecine traditionnelle.

Finalement, les analyses univariées effectuées démontrent que les croyances médicales-allopathiques ( $F(4, 207) = 4,25, p = 0,003$ ) et médicales-alternatives ( $F(4, 207) = 2,62, p = 0,04$ ) varient selon le nombre de fois que l'intervenant a été impliqué dans le diagnostic du TDAH. Les résultats aux tests post-hoc de Tukey suggèrent que plus les intervenants sont impliqués auprès d'enfants ayant un TDAH, plus ils développent des croyances associées à la médecine traditionnelle et moins ils adhèrent aux croyances relevant de la médecine alternative.

## Conclusion

Cette étude a permis de montrer que, de façon générale, les connaissances des intervenants québécois sur le TDAH sont assez conformes à ce qui est appuyé par les écrits scientifiques issus des courants psychiatriques. Cependant, certains mythes persistent, dont la croyance en l'utilité des diètes et des régimes dans le traitement du TDAH. On remarque aussi que le fait d'avoir reçu une formation en cours de carrière sur le TDAH semble influencer les connaissances des intervenants et augmenter leurs croyances médicales-allopathiques en plus de diminuer leurs croyances médicales-alternatives. Cela suggère que la formation des intervenants des différents réseaux aux connaissances scientifiques en lien avec le TDAH pourrait avoir un certain

impact sur leurs connaissances et sur leurs croyances. Les pratiques exemplaires reconnues pour le diagnostic du TDAH recommandent une approche interdisciplinaire où participent différents intervenants, tant du milieu de la santé que du milieu scolaire (CADDRA, 2007). Pour favoriser cette collaboration, il importe que ces derniers partagent une même vision du trouble (Dryer et al., 2006). Cela pourrait être particulièrement avantageux pour les travailleurs sociaux et les intervenants scolaires (autres que professionnels) qui ont des connaissances et des croyances moins en harmonie que l'ensemble de l'échantillon avec la littérature scientifique qui défend actuellement une position médicale allopathique. Le fait d'offrir des formations communes aux intervenants de toutes disciplines confondues permettrait peut-être d'uniformiser les connaissances et croyances de ceux-ci. De plus, le fait que les différents intervenants soient formés ensemble peut favoriser des échanges co-constructivistes, c'est-à-dire une confrontation des idées des différents acteurs susceptible de provoquer des changements sur le plan des connaissances et des croyances chez certains d'entre eux. Toutefois, la formation à elle seule ne sera pas suffisante pour modifier les croyances fortement ancrées et les pratiques des intervenants auprès des individus ayant un TDAH. En effet, différentes études (voir entre autres Rohrbach et al., 1993 ; Shapiro et al., 1996) montrent que ce type de formation n'est pas suffisant pour produire des changements durables dans les pratiques des intervenants. De plus, il semble nécessaire d'offrir un accompagnement pour que les pratiques enseignées lors des formations soient implantées avec un plus fort degré d'intégrité.

L'étude présentée ici comporte évidemment certaines limites. Parmi elles, le fait que l'échantillon sondé provienne principalement d'une seule région du Québec peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la province. Il serait intéressant de vérifier si les croyances sont les mêmes dans les régions éloignées ou encore dans des zones urbaines plus importantes comme la région de Québec et de Montréal. Par ailleurs, notre échantillon ayant été recruté par convenance, certaines professions sont sous-représentées, ce qui a obligé le regroupement de certaines professions, et a limité la possibilité d'effectuer certaines analyses plus nuancées. Par ailleurs, le fait que les participants étaient tous inscrits de façon volontaire à une formation sur le TDAH indique qu'ils possédaient à priori un intérêt sur cette question, ce qui peut avoir influencé positivement leur niveau de connaissances.

Cette étude se distingue par le fait qu'elle apporte un éclairage sur les connaissances et les croyances des intervenants psychosociaux. Étant donné que ce sont des acteurs importants dans le dépistage et dans

la prise en charge du TDAH, mieux cerner leurs croyances à ce propos s'avérerait nécessaire. Les résultats présentés ici vont aussi permettre d'orienter les formations afin que les connaissances de chaque acteur soient mises à jour.

## Note

1. On retrouve également dans la littérature scientifique le terme « théorie implicite » pour désigner les croyances à propos des caractéristiques et des causes des troubles de santé mentale (voir entre autres Dreyer et al., 2006).

## Références

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAOP), 2000, Clinical practice guidelines : diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Paediatrics*, 105, 5, 1158-1170.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2003, *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (4<sup>e</sup> édition révisée), Masson, Paris.
- BARNARD, L., 2004, Utilisation de stimulants chez les jeunes de 18 ans ou moins dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), *CdM Express, Bulletin du Conseil du médicament*, 1, 3, 2-5.
- BEKLE, B., 2004, Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students, *Journal of Attention Disorders*, 7, 3, 151-161.
- BENDER, W. N., VAIL, C. O., SCOTT, K., 1995, Teachers' attitudes toward increased mainstreaming : implementing effective instruction for students with learning disabilities, *Journal of Learning Disabilities*, 28, 2, 87-94.
- BILTON, K., 1996, *Teachers' Orientations to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Survey of Teachers' and Physicians' Attitudes towards ADHD in the UK*, unpublished doctoral dissertation manuscript, UNIVERSITY OF OXFORD.
- BRETON, J., BERGERON, L., VALLA, J., BERTHIAUME, C., GAUDET, N., LAMBERT, J., 1999, Québec child mental health survey : prevalence of DSM-III-R mental health disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 3, 375-384.
- 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 Counselling*, 40, 3, 247-252.

- BROWNELL, M. D., YOGENDRAN, M. S., 2001, Attention-deficit hyperactivity disorder in Manitoba Children: medical diagnosis and psychostimulant treatment rates, *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 3, 264-272.
- CANADIAN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER RESOURCE ALLIANCE (CADDRA), 2007, *Canadian ADHD Practice Guidelines, CADDRA 2007-2008*. Récupéré le 16 septembre 2008 de <http://www.caddra.ca/joomla/index.php?Itemid=70>.
- CHAN, E., RAPPAPORT, L. A., KEMPER, K. M., 2003, Complementary and alternative treatment in childhood attention and hyperactivity problems, *Journal of Developmental and Behavioural Paediatrics*, 24, 1, 4-8
- COHEN, D., CLAPERTON, I., GREF, P., TREMBLAY, Y., 1999, *Déficit d'attention/hyperactivité: perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, 2001, *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage des stimulants du système nerveux central: lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*, Collège des médecins du Québec, Montréal.
- COUTURE, C., 2002, *Croyances des enseignants québécois et britanniques de niveau primaire sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*, Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- COUTURE, C., DUPUIS, F., ROYER, É., POTVIN, P., 2002, ADHDOS: Un instrument de mesure des croyances des enseignants à l'égard du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), *Revue mesure et évaluation en éducation*, 25, 1, 1-18.
- COUTURE, C., ROYER, É., POTVIN, P., DUPUIS, F., 2003, Comparison of Quebec and British teachers' beliefs about, training in and experience with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), *Emotional and Behavioural Difficulties*, 8, 4, 284-302.
- C.R.U.M., 2001, *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- DESGRANGES, K., DESGRANGES, L., KARSKY, K., 1995, Attention deficit disorder: problems with preconceived diagnosis, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12, 1, 3-17.
- DRYER, R., KIERNAN, M. J., TYSON, G. A., 2006, Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields, *Australian Journal of Psychology*, 58, 2, 79-82.



- DIBATTISTA, D., SHEPHERD, M. L., 1993, Primary school teachers' beliefs and advice to parents concerning sugar consumption and activity in children, *Psychological Reports*, 72, 1, 47-55.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E., 2006, The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies, *Psychological Medicine*, 36, 2, 159 – 165.
- FRANKENBERGER, W., FARMER, C., PARKER, L., CERNAK, J, 2001, The use of stimulant medication for treatment of attention-deficit attention-deficit/hyperactivity disorder: a survey of school psychologist' knowledge, attitudes, and experience, *Developmental Disabilities Bulletin*, 29, 2, 132-151.
- 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, 9, 563-567.
- JOHNSTON, C., SEIPP, C., HOMMERSEN, P., HOZA, B., FINE, S., 2005, Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relation to parent beliefs and attribution, *Child Care, Health and Development*, 31, 6, 669-677.
- KOS, J. M., RICHDALE, A. L., JACKSON, M. S., 2004, Knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison of in-service and preservice teachers, *Psychology in the Schools*, 41, 5, 517-526.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2003a, *L'hyperactivité et les problèmes d'attention chez les jeunes – Soyons Vigilants*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2003b, *Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation: connaissances et interventions*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2000a, *Plan d'action concernant les élèves présentant le trouble de déficit d'attention hyperactivité*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2000b, *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage des stimulants du système nerveux central*, Gouvernement du Québec.

- NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR MENTAL HEALTH, 2009, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The NICE Guidelines on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, London. Récupéré le 2 juillet 2009 de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ADHDFullGuideline.pdf>.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2001, *Classification multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent: classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent*, Masson, Paris.
- PELHAM, W. E., FABIANO, G. A., 2008, Evidenced based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 1, 184-214.
- ROHRBACH, L. A., GRAHAM, J. W., HANSEN, W. B., 1993, Diffusion of a school-based substance abuse prevention program: predictors of program implementation, *Preventive Medicine*, 22, 2, 237-260.
- SCIUTTO, M. J., EISENBERG, M., 2007, Evaluating the evidence for or against the over diagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 11, 2, 106-113.
- SCIUTTO, M. J., TERJESEN, M. D., BENDER-FRANK, A. S., 2000, Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Psychology in the Schools*, 37, 2, 115-122.
- SHAPIRO, E. S., DUPAUL, G. J., BRADLEY, K. L., BAILEY, L. T., 1996, A school-based consultation program for service delivery to middle school students with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 2, 73-81.
- WEST, J., TAYLOR, M., HOUGHTON, S., HUDYMA, S., 2005, A comparison of parent's knowledge and beliefs about ADHD, *School Psychology International*, 26, 2, 192-208.
- WOLRAICH, M. L. HANNAH, J. N., BAUMGAERTEL, A., FEURER, I., 1998, Examination of DSM-IV criteria for attention deficit disorder in a country-wide sample, *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 19, 3, 162-168.

## ABSTRACT

### **Knowledge and beliefs of professional workers in education, health and social services towards ADHD**

This study aims at better understanding the knowledge and beliefs of professional workers in school, health and social service settings in

Quebec regarding ADHD. The authors examine the important discrepancies identified by Cohen (1999) between identified standard practices in treating ADHD patients and practices used in Quebec. This situation could be linked to insufficient knowledge of workers or certain of their beliefs that oppose these practices and their reluctance to implement them in their environment. Two measurement scales were utilised: the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale (ADHDOS, Couture, 2002) and the Survey of ADHD of Jerome and al. (1994). Results show among other things, that knowledge and beliefs vary according to professionals' background and training.

## RESUMEN

### **Conocimientos y creencias de los interventores de los medios escolares, de la salud y de los servicios sociales con respecto al trastorno por déficit de la atención/hiperactividad**

Esta investigación busca conocer mejor los conocimientos y creencias de los interventores de los medios escolares, de la salud y los servicios sociales de Quebec con respecto al TDAH. Los autores examinan la diferencia importante entre las prácticas identificadas como ejemplares en las personas que sufren de un TDAH y de las prácticas utilizadas en los medios quebequenses. Esta situación observada por Cohen et al. (1999) podría estar ligada a los conocimientos erróneos de los interventores o a sus creencias, que van en contra de estas prácticas, y a su rechazo a aplicarlos en sus medios. Se administraron dos herramientas: La escala para medir el trastorno por déficit de atención con hiperactividad *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale, ADHDOS*– (Couture, 2002) y el cuestionario TDAH de Jerome et al. (1994). Los resultados demuestran, entre otros, que los conocimientos y creencias varían según la profesión y la formación recibida.

## RESUMO

### **Conhecimentos e crenças dos intervenientes dos meios escolares, da saúde e dos serviços sociais com respeito ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**

Esta pesquisa tem o objetivo de recensar os conhecimentos e crenças dos intervenientes dos meios escolares, da saúde e dos serviços sociais do Quebec com respeito ao TDAH. As autoras examinam a distância importante entre as práticas identificadas como exemplares junto a pessoas que sofrem de um TDAH, e as que são utilizadas nos meios quebequenses. Esta situação observada por Cohen et al. (1999)

poderia estar ligada aos conhecimentos equivocados dos intervenientes ou a suas crenças que vão ao encontro destas práticas e à sua recusa de aplicá-los em seus meios. Duas ferramentas foram administradas: a *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Orientation Scale (ADHDOS)* (Couture, 2002) e a *Survey of ADHD* de Jerome et al. (1994). Os resultados demonstram, entre outros, que os conhecimentos e as crenças variam segundo a profissão e a formação recebida.