RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

LAVAL

WS
350.8
.H9
D445
1999

INSPQ - Montréal
3 5567 00002 4221

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

DÉFICIT D'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ: PERCEPTIONS DES ACTEURS ET UTILISATION DE PSYCHOSTIMULANTS

David Cohen, Ph.D.
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention et École de service social,
Université de Montréal

Irma Clapperton, M.D., M.Sc., CSPQ
Direction de la Santé publique,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Pauline Gref, M.D., FRCPC
Pédiatrie Val-les-Arbres, Laval

Yves Tremblay, M.D., CSPQ, FRCPC
Clinique de développement Petite Enfance, Cité de la Santé de Laval

Avec la collaboration de

Sylvie Cameron, M.A.

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du
Concours de projets en santé publique 1997-1998 de la
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Avril 1999

REMERCIEMENTS

Plusieurs organismes et individus ont rendu possible la réalisation de cette étude. En premier lieu, nous tenons à remercier les quatre commissions scolaires publiques du territoire de Laval, réaménagées au printemps 1998 en Commission scolaire de Laval et Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier. Nous tenons aussi à remercier les CLSC du Marigot, des Mille-Iles, Norman-Bethune et Ste-Rose.

Nous remercions les centaines d'enseignants d'écoles primaires qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire. Merci également aux participants à nos groupes de discussion, qui ont livré avec franchise et sensibilité leurs multiples observations et réflexions.

Madame Johanne Lapointe et Monsieur Jocelyn Lavallée, professionnels de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, ont animé les groupes de discussion; nous les remercions de leur enthousiasme et de leur professionnalisme. La salle de discussion, ainsi que le matériel d'enregistrement, nous ont été gracieusement prêtés par Cité de la Santé de Laval.

Les enregistrements des discussions ont été transcrits intégralement par Tapageur Inc.

Mesdames Sylvie Chrétien et Marie-Reine van Amerigen ont effectué les analyses statistiques descriptives sur ces données. Madame van Ameringen et docteur Lyne Arcand ont révisé le rapport. Madame Danielle Corbeil a effectué la mise en forme du document. Monsieur Richard Grignon a facilité de plusieurs manières la bonne démarche administrative de ce projet. Nous les remercions pour leur grande disponibilité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES V

SOMMAIRE 1

1. INTRODUCTION 5

2. PROBLÉMATIQUE 7

2.1 L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DU DIAGNOSTIC DE TDAH ET DE L'UTILISATION DE LA MÉDICATION PSYCHOSTIMULANTE 7
2.2 LES CONTROVERSES AU SUJET DE LA NATURE ET DU DIAGNOSTIC DU TDAH 8
2.3 LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL 9
2.4 LES CONTROVERSES AU SUJET DE LA MÉDICATION PSYCHOSTIMULANTE 10
2.5 LES EFFETS CONNUS DE LA MÉDICATION STIMULANTE 10
2.6 L'INTERVENTION MULTIMODALE 11
2.7 LES ATTITUDES ET PERCEPTIONS SUBJECTIVES DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE 12

3. CADRE D'ANALYSE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE 13

4. LE VOLET QUALITATIF DE LA RECHERCHE AUPRÈS DES GROUPES D'ACTEURS 15

4.1 LE CADRE CONCEPTUEL 15
4.2 LE CHOIX MÉTHODOLOGIQUE DE GROUPES DE DISCUSSION 15
4.3 LA SÉLECTION DES PARTICIPANTS 16
4.3.1 Le groupe de parents 16
4.3.2 Le groupe d'enseignants 16
4.3.3 Le groupe d'intervenants psychosociaux en milieu scolaire 17
4.3.4 Le groupe de médecins oeuvrant en première ligne 17
4.3.5 Le groupe de médecins spécialistes 17
4.4 LA PROCÉDURE DE RECHERCHE 17
4.4.1 L'information aux participants 17
4.4.2 Le lieu des rencontres 18
4.4.3 Le contenu des discussions 18
4.4.4 L'animation 18
4.4.5 Le déroulement des rencontres 19
4.4.6 La transcription des données 19
4.5 L'ANALYSE DES DONNÉES DES GROUPES DE DISCUSSION 19

5. RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF DE LA RECHERCHE 21

5.1 L'IDENTIFICATION DES ENFANTS 21
5.1.1 Les premières constatations de problèmes chez les enfants 21
5.1.2 L'ampleur des problèmes 21
5.1.3 Qui réfère les enfants? 22
5.2 L'ÉVALUATION DES ENFANTS 22
5.2.1 L'approche générale d'évaluation 22
5.2.2 Les participants à l'évaluation 23
5.2.3 La satisfaction vis-à-vis les évaluations psychosociales et médicales 23
5.2.4 La communication des résultats de l'évaluation 24
5.2.5 Le diagnostic du TDAH 24
5.3. L'INTERVENTION ET LE SUIVI 25
5.3.1 L'information 25
5.3.2 L'intervention 25

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

Tableaux et figures

Tableau 1 (section 6.3): Distribution des écoliers par commission scolaire et par classes/enseignants, Année scolaire 1997-1998, Laval

Tableau 2 (section 7.1): Distribution des enseignants et de leurs élèves dans la population et dans l'échantillon, selon les commissions scolaires

Tableau 3(section 7.1): Taux de réponse (en pourcentage) des enseignants selon le niveau scolaire et les commissions scolaires

Tableau 4 (section 7.2): Estimation faite par les enseignants sur le nombre d'élèves qui consomment des stimulants, selon le sexe et le type de classe, Laval, 1998

Figure 1 (section 7.3): Taux de consommation de psychostimulants selon le niveau du primaire, Laval 1998

Figure 2 (section 7.3): Taux de consommation de psychostimulants, pré-maternelle et classes multiniveaux

Figure 3 (section 7.4): Taux de consommation de psychostimulants, selon la commission scolaire, Laval 1998

Figure 4 (section 7.5): Taux de consommation de stimulants dans les écoles primaires de Laval, par territoire de CLSC, Laval 1998

Annexes

Annexe 1: Questions envoyées aux participants (groupes de discussion)

Annexe 2: Tableaux thématiques des propos des participants (groupes de discussion)

Annexe 3: Instrument de la recherche quantitative

Annexe 4: Documents joints à l'instrument de recherche

Annexe 5: Commentaires ouverts des enseignants/répondants au questionnaire de la recherche quantitative

SOMMAIRE

Une attention sans précédent est portée depuis quelques années aux phénomènes jumelés de "troubles d'attention et d'hyperactivité" (TDAH) chez les enfants et l'utilisation de la médication psychostimulante, notamment le Ritalin. Cependant, à part les constatations de l'augmentation de l'utilisation de la médication, il existe peu de données scientifiques pouvant nous éclairer sur les conditions réelles de la prise en charge des enfants avec un diagnostic de TDAH ainsi que sur le nombre d'enfants qui reçoivent des psychostimulants au Québec.

La présente recherche a deux objectifs: (1) décrire les perceptions des différents acteurs impliqués sur les étapes du processus de prise en charge des enfants avec un diagnostic de TDAH, et (2) estimer le taux de prévalence de la consommation de psychostimulants chez les enfants du primaire à Laval.

Ces deux objectifs visent d'abord et avant tout à alimenter de données factuelles les efforts visant à améliorer les services offerts aux enfants et à leurs familles. Cette recherche s'inscrit dans les priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, qui portent sur le développement et l'adaptation sociale des jeunes.

Nous avons eu recours à deux procédures méthodologiques pour atteindre les objectifs.

1. Volet qualitatif de la recherche

Cinq groupes de discussion ont été mis en place pour réunir cinq groupes d'acteurs gravitant autour des enfants présentant des troubles d'apprentissage et de comportement. Ces groupes sont formés: (1) de parents; (2) d'enseignants du niveau primaire; (3) d'intervenants psychosociaux en milieu scolaire; (4) de médecins pédiatres et omnipraticiens; et (5) d'autres médecins spécialistes.

Le but des discussions était de recueillir les propos des participants sur chacune des étapes suivantes: (1) l'identification des enfants; (2) l'évaluation; (3) l'intervention; (4) le suivi. Un cinquième thème portait sur les solutions ou réformes du processus de prise en charge.

Faits saillants sur le processus de prise en charge:

En général, le processus ou la trajectoire de prise en charge des enfants se déroule en une douzaine d'étapes:

1. les parents perçoivent des difficultés variables chez leurs enfants mais ne sont pas trop soucieux;
2. les enseignants, dès la première année d'école, perçoivent différents problèmes: inattention, dérangement de la classe, trouble de comportement, échec scolaire;
3. les enseignants réfèrent pour une évaluation psychologique à l'école;
4. de longs délais surviennent avant cette évaluation (souvent de quelques mois), à cause du manque de ressources;
5. les enseignants suggèrent aux parents de faire évaluer l'enfant chez un médecin;
6. les parents "résistent" à voir le problème ou à envisager la médication;
7. la référence pour l'évaluation médicale s'effectue lorsque l'enfant est évalué par les intervenants psychosociaux à l'école (pédiatre ou neurologue);
8. les médecins diagnostiquent sur la base d'évaluations psychologiques ou psychosociales incomplètes ou insatisfaisantes;

Consensus entre les participants des cinq groupes de discussion:

- les acteurs se sentent tous isolés des autres;
- les évaluations des enfants ne saisissent pas les aspects psychosociaux;
- les outils et questionnaires d'évaluation ne sont pas appréciés;
- l'examen médical (surtout neurologique) est trop sommaire;
- il n'existe pas d'équipe multidisciplinaire pour l'évaluation et l'intervention;
- il existe trop peu de ressources pour l'intervention;
- la médication ne devrait pas être la seule intervention, mais elle l'est;
- la médication sert de prétexte à réduire les services aux enfants;
- aucun acteur ne s'estime, dans les conditions actuelles, capable d'assurer le suivi des enfants.

Pistes de solution proposées par les acteurs:

- un suivi pédagogique (tuteur à l'école, support aux devoirs);
- un soutien aux familles;
- développer des critères d'évaluation psychosociale et médicale plus rigoureux;
- éviter les cascades d'enfants vers la neurologie;
- une concertation et collaboration des acteurs;
- un ajout de ressources multidisciplinaires.

Quelle est la dynamique du système de prise en charge qui se dégage de ces observations subjectives?

- le système de prise en charge est sans gouvernail;
- les critères de prescription sont essentiellement non médicaux (échec scolaire, désarroi des parents, pression de l'école, "essai thérapeutique");
- les différents acteurs ne rendent de compte à personne, mais dépendent des actions des autres acteurs à cause de leur isolation;
- les acteurs se sentent impuissants à changer les choses;
- la disponibilité de la médication et l'insistance de l'école à l'utiliser sans autres services "forcent" les acteurs à agir à l'encontre de leurs idées;
- la médication sert-elle surtout à apporter "ordre" et "calme" dans le système?

En bref:

- un discours imprécis sur les problèmes qui retiennent l'attention des enseignants et autres acteurs;
- des évaluations psychologiques et psychosociales incomplètes ou non pertinentes;
- des buts inconnus ou imprécis de ces évaluations;
- une évaluation psychosociale quasi-absente;
- une évaluation médicale et un diagnostic TDAH nécessairement "arbitraires";
- une intervention multimodale inexistante;
- une médication omniprésente à toutes les étapes du processus;
- des acteurs impuissants.

2. Volet quantitatif de la recherche

Les 1124 enseignants du primaire des quatre Commissions scolaires (aujourd'hui, deux) publiques de la région de Laval ont donc été invités à répondre de manière anonyme à un bref questionnaire qui leur est parvenu, portant entre autres sur le nombre de garçons et de filles dans leurs classes prenant du Ritalin, de la Dexédrine, ou du Cylert. Huit cent quatre (804, 71,5 %) enseignants ont répondu.

1. INTRODUCTION

Une attention sans précédent est portée depuis quelques années aux phénomènes jumelés des troubles d'attention et d'hyperactivité chez les enfants et l'utilisation de la médication psychostimulante. Cependant, il existe peu de données qui peuvent nous éclairer sur les conditions réelles des pratiques professionnelles autour de ces enfants ainsi que sur le nombre d'enfants qui reçoivent des psychostimulants au Québec.

Une étude exploratoire observait que parents et médecins se sentaient soumis à de grandes pressions de l'école pour médicamenter les enfants dits "hyperactifs" (Doré & Cohen, 1997) et qu'ils possédaient une marge de manœuvre très réduite pour le traitement. En juxtaposant ces résultats aux données sur l'augmentation de la prescription de stimulants chez les enfants prestataires de la sécurité du revenu au Québec, les auteurs suggéraient que le système de traitement était dysfonctionnel et recommandaient d'initier des recherches sur son fonctionnement réel.

La présente recherche a deux objectifs: (1) décrire les perceptions des différents acteurs impliqués sur les étapes du processus de prise en charge des enfants avec un diagnostic de TDAH (trouble du déficit de l'attention/hyperactivité), et (2) déterminer le taux de prévalence d'enfants recevant une médication psychostimulante dans les écoles primaires de la région de Laval.

Ces deux objectifs visent d'abord et avant tout à alimenter de données factuelles les efforts visant à améliorer les services offerts aux enfants et à leurs familles. Cette recherche s'inscrit dans les priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, qui portent sur le développement et l'adaptation sociale des jeunes.

2. PROBLÉMATIQUE

Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) est une étiquette psychiatrique répertoriée dans le *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) décrivant un état d'attention, d'impulsivité et/ou d'activité motrice inapproprié au niveau de développement de l'individu.

Cette étiquette dérive à l'origine d'une autre étiquette, celle de "*minimal brain dysfunction*", qui attribuait dans les années 1960 certains problèmes de comportement ou d'apprentissage chez les enfants à une anomalie (non spécifiée) du cerveau. Différents autres termes, tels que l'hyperkinésie ou le syndrome hyperkinétique, étaient aussi employés pour insister sur l'élément d'une activité motrice ou agitation physique anormale (Barkley, 1990). Ces termes faisaient l'objet d'une attention professionnelle très limitée et ne s'appliquaient qu'à une infime proportion d'enfants.

Durant les années 1970, l'hyperactivité comme caractéristique centrale a commencé à être reléguée au second rang, les spécialistes venant à se concentrer sur les problèmes d'attention et d'impulsivité. En 1980, apparaissait pour la première fois la mention dans le *DSM-III* (APA, 1980) d'un "trouble déficitaire de l'attention", incluant des sous-catégories avec ou sans hyperactivité. Avant que la validité de ces catégories ne puisse être confirmée, une édition révisée du *DSM* (*DSM-III-R*, 1987) remis l'accent sur l'hyperactivité. De nouvelles modifications ont encore eu lieu dans la dernière version du manuel diagnostique, le *DSM-IV* (1994), où le "trouble" est maintenant divisé en trois catégories: type inattentif, type hyperactif-impulsif, et type combiné.

L'évolution des enfants ayant reçu le diagnostic de TDAH se déroule selon trois grands scénarios: (1) les manifestations s'amenuisent progressivement pour disparaître vers le début de l'âge adulte; (2) les manifestations se maintiennent jusqu'à l'âge adulte; (3) les manifestations se détériorent et génèrent d'autres problèmes chroniques tels que la toxicomanie et des troubles de la personnalité ("Diagnosis and Treatment", 1998). Selon quelques études longitudinales, le pourcentage de personnes se retrouvant dans un groupe ou l'autre serait équivalent. Dans la dernière étude parue sur le sujet (Mannuzza et al., 1998), seulement 4 % des enfants avec un diagnostic de TDAH rencontraient encore les critères diagnostiques à l'âge adulte, bien que certains présentaient d'autres difficultés.

Les modifications des critères diagnostiques du TDAH depuis l'apparition formelle du concept en 1980 nous suggèrent en premier lieu les limites floues de ce concept. En effet, aucun test ne peut confirmer le diagnostic de TDAH. Mais, en partie dû à ces changements, l'étiquette en est graduellement venue à être apposée sur un nombre grandissant d'enfants et, plus récemment, d'adolescents et adultes. En parallèle avec ces développements, l'utilisation de la médication psychostimulante pour traiter les symptômes du TDAH a elle aussi connu une forte augmentation.

2.1 L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DU DIAGNOSTIC DE TDAH ET DE L'UTILISATION DE LA MÉDICATION PSYCHOSTIMULANTE

En Amérique du Nord, la prévalence du diagnostic de TDAH et, en parallèle, l'utilisation de la médication psychostimulante augmentent si rapidement que les chiffres pertinents deviennent désuets avant même d'être publiés dans les revues scientifiques. Selon le poids de l'évidence au Canada et aux États-Unis, le nombre d'individus diagnostiqués de TDAH a augmenté d'environ 400 % depuis 1990 (Diller, 1998). Au Canada, ce nombre serait passé de 205 000 en 1991 à 561 000 en 1995 (IMS, cité dans Alaton, 1996). De manière générale, de 3 à

certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes" dans au moins deux types d'environnement, comme par exemple l'école et la maison. À priori, ces critères n'exigent aucune évaluation psychosociale, neuropsychologique, ou neurologique, bien qu'on présume qu'il faille observer l'enfant. Un entretien avec l'enfant lui-même n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic. Ainsi, malgré un effort des chercheurs de standardiser la pratique en proposant divers protocoles d'évaluation des enfants, personne n'est formellement tenu de les utiliser puisque le diagnostic officiel ne les exige pas. Plusieurs instruments, questionnaires, inventaires, échelles et tests mesurent divers comportements et performances chez l'enfant, mais ces instruments ne sont pas spécifiques (c'est-à-dire, ne contiennent pas d'items qui distinguent définitivement le TDAH d'autres problèmes possibles), ni diagnostiques (c'est-à-dire, ne sont pas nécessaires pour diagnostiquer le TDAH) (Barkley, 1990; Castellanos et al., 1992; Palmeri, 1996; Seagraith et al., 1995; Werry, 1992).

En somme, le diagnostic de TDAH peut être apposé lorsque le clinicien décide, généralement ou principalement sur la base d'informations obtenues des parents et des enseignants, que les comportements cités dans le *DSM-IV* sont manifestés par l'enfant. Pourtant, l'observation des comportements par les parents et les intervenants gravitant autour des enfants est nécessairement subjective. Par exemple, dans une enquête récente, les enseignants du primaire déterminaient que 16,1 % des élèves manifestaient les signes *DSM-IV* du TDAH, mais quand le dysfonctionnement (*impairment*) comportemental et académique était pris en compte – et non seulement la manifestation des comportements perturbants – le taux n'était que de 6,8 % (Wolraich et al., 1998). Aussi, l'Enquête Santé Québec sur la santé mentale des jeunes a également montré que les enseignants estiment un taux de prévalence d'hyperactivité, selon les critères *DSM-III-R*, qui est le double de celui estimé par les parents (Valla et collègues, 1994).

Pour ces raisons et d'autres – telles les taux de diagnostic bien moindres hors de l'Amérique du Nord – l'existence du TDAH comme syndrome distinct peut être controversée, tout comme l'élasticité de la catégorie diagnostique TDAH peut être critiquée (Breggin, 1998; Brissette, 1992; Diller, 1998; McGuiness, 1989). On accepte également qu'en ajoutant deux nouvelles sous-catégories de TDAH, on a élargi les critères du *DSM-IV* contribuant ainsi à hausser le taux de prévalence (Ernst et al., 1995; Wolraich et al., 1998).

2.3 LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La plupart des enfants qui présentent des comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité vivent simultanément d'autres problèmes qui exigent un diagnostic différentiel (Zametkin & Ernst, 1999). En effet, les mêmes comportements problématiques peuvent avoir différentes origines; il importe d'exclure ces origines possibles afin de bien préciser la nature du problème spécifique de chaque enfant et donc d'intervenir de manière appropriée et individualisée.

Or, le diagnostic différentiel, auquel on doit appliquer la même rigueur clinique qu'à tout autre problème de santé, représente un défi majeur dans le cas du TDAH, qui reste un problème "fonctionnel" (David, 1998). Par conséquent, la tâche des cliniciens est complexe. Pour appuyer le jugement diagnostique, l'évaluation doit porter sur l'histoire de la santé et du développement de l'enfant ainsi que sur les aspects psychosociaux de son fonctionnement. Le diagnostic différentiel devrait tenir compte: (1) des variations normales du tempérament; (2) des troubles neuropsychologiques; (3) des difficultés d'apprentissage, (4) des déficits sensoriels (ouie, vision, sensibilités tactiles et vestibulaires); (4) des comportements réactionnels (perte, traumatisme); (5) d'autres troubles de santé mentale, (6) des problèmes de santé physique (intoxication médicamenteuse, allergie, tumeur); (6) des problèmes psychosociaux (sous-socialisation ou sous-stimulation, abus, négligence, conditions chroniques de stress) (Miller & Castellanos, 1998).

- les effets indésirables possibles de la médication sont la diminution de l'appétit, la difficulté à initier le sommeil, des effets néfastes sur la cognition (créativité et spontanéité diminuées) et sur l'image de soi, des comportements stéréotypés, l'agitation, la nervosité, l'instabilité émotive et, rarement, des exacerbations ou émergences de tics moteurs ou verbaux et de comportements psychotiques.

Swanson et ses collègues (1995) notent qu'il existe un large éventail de points de vue parmi les milliers d'auteurs recensés. Il est possible de trouver des évidences pour supporter l'idée que les psychostimulants sont des outils indispensables autant que l'idée qu'il s'agit de substances dangereuses.

2.6 L'INTERVENTION MULTIMODALE

L'intervention "multimodale" apparaît comme une approche réaliste aux problèmes que présentent les enfants avec un diagnostic. Elle combine des interventions psychosociales avec l'utilisation de la médication. À l'heure actuelle, elle est considérée par plusieurs experts cliniques comme étant la façon la plus appropriée d'intervenir auprès des enfants qui manifestent les comportements caractéristiques de TDAH. Elle fait actuellement l'objet d'une recherche comparative pour démontrer sa réelle efficacité ("Diagnosis and Treatment", 1998).

L'approche multimodale vise plusieurs sphères du fonctionnement de l'enfant. Selon Maag et Reid (1994, 1996) l'approche multimodale entreprise à partir de l'école comprend d'abord des interventions adaptées à l'éducation des enfants: des changements à l'environnement de la classe, au matériel pédagogique, aux habiletés requises, aux exigences académiques. Elle comprend ensuite des interventions comportementales visant à promouvoir des comportements appropriés (techniques de renforcement et d'extinction de comportements, de contrôle de soi, de réduction d'anxiété). Elle inclut aussi des services complémentaires: la formation aux habiletés parentales, l'entraînement aux habiletés sociales ou langagières des enfants, la psychothérapie individuelle ou familiale, les services communautaires de support aux familles, les groupes d'entraide. Finalement, on y ajoute la pharmacothérapie, dans la mesure où l'école établit des procédures pour entreposer et dispenser la médication, pour surveiller son administration, pour avoir des lignes de communication ouvertes et claires avec le médecin et les parents, et pour évaluer rigoureusement l'efficacité et surveiller les effets néfastes.

On voit que l'approche multimodale nécessite un engagement sérieux en terme de durée et d'effort de la part des acteurs impliqués. Dans leur revue de la littérature, Maag et Reid (1996, pp. 41-43) identifient cinq aspects logistiques essentiels à l'implantation de cette approche: (1) une planification individualisée, compte tenu que chaque enfant peut présenter un problème particulier et nécessiter des interventions dans des contextes différents, (2) un traitement (interventions multiples) de nature intensive et étendu sur quelques années, (3) une évaluation continue, effectuée à intervalles réguliers et fréquents afin d'ajuster sans cesse le plan d'intervention, (4) un traitement coordonné et intégré, réunissant ensemble les intervenants impliqués pour qu'ils soient continuellement tenus au courant des activités et des responsabilités des partenaires et de leur contribution au programme global d'intervention, (5) une personne responsable de la coordination et des responsabilités spécifiques pour les autres intervenants.

3. CADRE D'ANALYSE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

La prise en charge des enfants manifestant des problèmes considérés comme TDAH est complexe et a subi des mutations importantes depuis quelques années seulement. Il existe des lacunes dans les données sur au moins deux aspects importants: (1) les perceptions des différents acteurs envers le processus de prise en charge des enfants, et (2) le nombre d'enfants qui prennent des stimulants.

Cette recherche est exploratoire et descriptive. Compte tenu de l'état limité des connaissances, aucune hypothèse n'a été formulée. L'étude vise deux objectifs principaux:

1. Recueillir les perspectives subjectives des différents acteurs impliqués dans la problématique des enfants diagnostiqués comme ayant un TDAH, sur les processus actuels et désirables de prise en charge de ces enfants.

2. Estimer la prévalence de la consommation de psychostimulants les jours d'école pour les enfants du niveau primaire du territoire de Laval.

Deux procédures méthodologiques ont été retenues pour atteindre ces objectifs de recherche. La prochaine section présente la démarche méthodologique ayant servi à la conduite de la recherche auprès des groupes d'acteurs concernés par la problématique. Cette section est suivie d'une description détaillée des résultats obtenus. C'est le volet qualitatif de cette recherche.

Nous décrivons ensuite la méthodologie utilisée en vue de recueillir des informations auprès des écoles primaires des quatre commissions scolaires publiques de Laval (deux commissions à partir du printemps 1998) afin d'estimer la prévalence d'utilisation de psychostimulants. C'est le volet quantitatif de cette recherche.

4. LE VOLET QUALITATIF DE LA RECHERCHE AUPRÈS DES GROUPES D'ACTEURS

4.1 LE CADRE CONCEPTUEL[1]

Le contexte actuel du requestionnement des façons de faire et de l'organisation des services de santé et de bien-être oblige à reconnaître la complexité des dynamiques en cause. En fait, plus que jamais la complexité et la déstabilisation sont la toile de fond sur laquelle il faut construire. Ainsi, pour faire émerger des nouvelles pratiques et des nouveaux modes d'organisation des services, il s'avère important de chercher à saisir le positionnement et l'enlignement de différents éléments fondamentaux nécessaires à la compréhension de ce qui se fait actuellement en regard de la prise en charge des enfants avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Ainsi, compte tenu de l'environnement externe, de l'absence de nouveaux modèles dans les pratiques professionnelles et organisationnelles, des spécificités locales, des objectifs poursuivis par les producteurs de services, des difficultés rencontrées par les parents, il importe de reconnaître que la connaissance du monde vécu et sa transformation doit nécessairement émerger d'un processus humain continu de construction (Levy, 1994).

Devant le constat où la certitude n'existe pas, la connaissance en vue de transformer prend donc forme à l'intérieur d'une interaction entre les personnes, les objets et projets (Levy 1994). Ainsi donc, il convient de reconnaître l'importance des théories émergeantes de l'action et des pratiques et conséquemment de la connaissance par l'expérience.

Cette étude adopte une approche caractérisant les constructivistes qui: "réunissent les éléments sociaux ou publics, individuels ou privés, culturels ou techniques, pour en faire un mode vécu et vivant dans lequel les formes de la vie sont en continuel changement, c'est-à-dire incorporés, modifiés, et réincorporés à l'intérieur d'une spirale de temps, d'espace et de forme" (Levy, 1994, p. 94).

Le modèle conceptuel proposé s'inspire ainsi des modèles paradigmatiques de Piaget et Garcia (Piaget et al, 1983) et Levy (Levy, 1994).

4.2 LE CHOIX MÉTHODOLOGIQUE DE GROUPES DE DISCUSSION

Le groupe de discussion a été choisi parmi d'autres méthodes de cueillette de données parce qu'il présente un avantage principal comparativement par exemple, à l'entrevue ou au questionnaire auto-administré. En effet, le groupe de discussion peut générer des données additionnelles émergeant de l'interaction entre les participants. Selon Geoffrion (1995), le groupe de discussion permet *"de comprendre les motifs d'une réponse* [plutôt] *que d'obtenir la réponse même. C'est la différence entre savoir qu'un problème existe et pourquoi il existe. La solution doit nécessairement passer par ce deuxième niveau"* (p. 312).

---

1 Tiré du projet de recherche "L'évaluation et l'intervention auprès des enfants présentant des troubles de déficit d'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) – Analyse de la situation actuelle et pistes de réforme pour des services efficaces, concertés et continus. Projet régional soumis au Programme de subvention en santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, concours 1997-98, mai 1997.

4.3.3 Le groupe d'intervenants psychosociaux en milieu scolaire

Les intervenants psychosociaux et directeurs d'école, au nombre de neuf, ont été identifiés par les CLSC de Laval (intervenants du secteur de la santé) et par les commissions scolaires (intervenants scolaires). Nous cherchions à obtenir la participation de quatre intervenants oeuvrant en première ligne au niveau primaire (au moins deux psychologues, un orthophoniste, un orthopédagogue); au moins un directeur d'école et deux intervenants travaillant dans des écoles situées dans chacun des quatre territoires de CLSC. Nous avons décidé d'inclure les directeurs d'écoles dans ce groupe compte tenu de leur vue d'ensemble sur le fonctionnement de l'école. Des neuf participants visés, huit se sont présentés au groupe de discussion: sept femmes et un homme.

La composition du groupe était la suivante: deux psychologues, une orthophoniste, une orthopédagogue, une infirmière, une responsable clinique d'un CLSC, ainsi que deux directeurs d'école.

4.3.4 Le groupe de médecins oeuvrant en première ligne

Ce groupe de discussion prévoyait inclure huit médecins qui oeuvrent en première ligne (quatre omnipraticiens et quatre pédiatres). La moitié de ce groupe devait posséder moins de 10 années d'expérience et l'autre moitié, plus de 10 ans. Un nombre relativement égal d'hommes et de femmes était souhaité. Huit médecins de Laval ont été contactés par les collaborateurs à la recherche et ont accepté de participer.

Cinq médecins (trois pédiatres et deux omnipraticiens) se sont présentés au groupe de discussion, dont deux femmes et trois hommes. Trois d'entre eux avaient plus de dix ans d'expérience.

4.3.5 Le groupe de médecins spécialistes

Ce groupe de discussion devait se composer de cinq médecins spécialistes (trois neurologues, un pédopsychiatre, un pédiatre développemental) reconnus par les médecins et autres milieux professionnels dans l'évaluation de problèmes comme le TDAH. Ces spécialistes reçoivent régulièrement des enfants de Laval qui leur sont référés. Ils ont été contactés par les collaborateurs à la recherche.

Un seul neurologue, le pédopsychiatre et le pédiatre développemental se sont présentés au groupe de discussion.

4.4 LA PROCÉDURE DE RECHERCHE

4.4.1 L'information aux participants

Une lettre a été envoyée à toutes les personnes dont les noms ont été suggérés par les organismes ou individus mentionnés ci-haut. Cet envoi postal avait pour objectif d'expliquer les buts de l'étude et d'y solliciter leur participation. Une semaine après l'envoi, nous avons communiqué avec eux par téléphone pour obtenir leur accord et leur fournir, si nécessaire, des informations additionnelles.

Toutes les personnes contactées ont été conviées à la réunion planifiée pour leur groupe particulier. Les frais de transport et de stationnement des participants ont été défrayés.

4.4.5 Le déroulement des rencontres

Lors de la tenue de chaque groupe, au moins deux chercheurs et l'animateur étaient présents à l'arrivée des participants (exception du groupe des parents et des médecins spécialistes, où un seul chercheur était présent). Après s'être introduits aux participants, les chercheurs ont quitté la salle de réunion et ont écouté les discussions dans la salle prévue à cet effet, de l'autre côté du miroir unidirectionnel.

L'animateur a rappelé les objectifs de la discussion ainsi que le déroulement prévu. Les participants ont été invités à signer un formulaire de consentement à participer à cette recherche et à se faire enregistrer sur cassette audio et être observé via miroir unidirectionnel. Un micro était placé sur la table autour de laquelle les participants étaient assis. Sur le plan méthodologique, il s'avère essentiel d'enregistrer les discussions de focus groups pour effectuer l'analyse des données (Stewart & Shamdasani, 1990). Selon Krueger (1994), contrairement à la présence directe des chercheurs, l'enregistrement audiophonique n'altère pas nécessairement le type de réponses données, la discussion étant déjà d'ordre "publique".

Lors de la tenue du groupe de parents, l'enregistreuse n'a pas fonctionné pendant les premières 25 minutes de la session. Cependant, le chercheur présent a pris des notes détaillées qui ont complémenté le verbatim disponible. À part ce malfonctionnement imprévu, des enregistrements d'excellente qualité ont été produits lors des autres discussions.

Chaque discussion a duré presque exactement deux heures et les cinq thèmes ont été abordés dans chaque groupe. À la fin de la discussion, les chercheurs ont remercié les participants.

4.4.6 La transcription des données

Les discussions enregistrées ont été retranscrites intégralement. C'est à partir du verbatim de chacun des groupes de discussion que l'analyse des données qualitatives a été effectuée.

4.5 L'ANALYSE DES DONNÉES DES GROUPES DE DISCUSSION

L'analyse du contenu thématique du discours de chacun des groupes d'acteurs rencontrés a exigé les opérations suivantes : (1) l'élaboration d'une grille de catégorisation basée en thèmes et sous-thèmes relevés lors de la lecture de chacun des verbatim. Compte tenu des questions qui ont orienté les commentaires des participants, ces thèmes sont propres aux dimensions de l'identification, de l'évaluation, de l'intervention, du suivi ainsi que des solutions. Plusieurs autres sous-thèmes ont émergé lors de cette première lecture. (2) Une analyse verticale, par groupe de discussion, a été effectuée pour répérer les différents thèmes communs aux groupes ou à certains de leurs participants. (3) Enfin, une analyse transversale a été réalisée afin de regrouper, par thème et sous-thème, les aspects semblables et différents qui sont ressortis du discours de l'ensemble des groupes.

La façon de mettre en lumière les thèmes et les sous-thèmes a exigé plusieurs démarches. En premier lieu, nous avons ordonné les différents éléments du discours intégral des participants de chaque groupe en fonction des thèmes et des sous-thèmes retenus lors de la première lecture. Aucune épuration des données n'a été effectuée: nous avons retenu les dimensions consensuelles, celles ne faisant pas l'unanimité entre les participants d'un même groupe, ainsi que les points exprimés une seule fois par un seul participant. Par la suite, nous avons résumé les différentes idées ou points contenus dans les propos respectifs. Nous avons indiqué à côté de chaque

5. RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente les principaux résultats du volet qualitatif de la recherche. Ces derniers sont présentés par thème selon la séquence retenue dans les groupes de discussion. Les sections 5.1 à 5.7 contiennent donc le résumé de l'analyse descriptive des propos recueillis auprès des participants. Une description plus succinte apparaît dans les tableaux thématiques présentés à l'**annexe 2**. La section 5.8 esquisse les limites de la méthodologie employée dans ce volet qualitatif. Enfin, la section 5.9 discute les résultats.

5.1 L'IDENTIFICATION DES ENFANTS

5.1.1 Les premières constatations de problèmes chez les enfants

Les différents problèmes observés chez les enfants qui soulèvent des préoccupations chez les enseignants, les intervenants psychosociaux et les médecins sont un manque de concentration, de l'inattention, des comportements dérangeants, des troubles d'apprentissage scolaire. Certains enfants se font aussi remarquer lorsqu'ils arrivent en classe sous médication et que les parents désirent la cesser, ou encore à cause d'effets secondaires de la médication.

Quelques parents ont remarqué des difficultés chez leur enfant avant l'entrée à l'école. Ils parlent de difficultés d'apprentissage, d'un retard du développement du langage, d'une lenteur du développement général ou de comportements hyperactifs. Sauf dans le dernier cas, ces comportements ne leur apparaissaient pas comme posant problème. Ces comportements sont devenus problématiques dès l'entrée en maternelle ou en première année. Il n'y a pas eu nécessairement d'évaluation à ce moment. Un autre enfant a dû reprendre sa deuxième année avant d'être suivi par une orthopédagogue. Enfin, dans deux autres cas, on a diagnostiqué un déficit d'attention en 5ième et 6ième années, respectivement. Les mères pensent que l'attention professionnelle est venue trop tard, les enfants ayant déjà accusé un retard scolaire important.

Lors de cette partie de la discussion, des parents disent avoir eux-mêmes vécu des problèmes d'apprentissage à l'école. Ils expliquent le problème de leur enfant comme étant héréditaire ou familial.

Enfin, les médecins et les médecins spécialistes estiment que la majorité des enfants référés sont au premier cycle du primaire. Les enfants vus par un médecin spécialiste sont surtout âgés de huit ans; à ces cas s'ajoutent une minorité d'enfants d'âge préscolaire et quelques adolescents.

5.1.2 L'ampleur des problèmes

Les médecins estiment qu'on leur réfère environ un enfant par jour présentant des problèmes à l'école. Ce nombre augmenterait après le premier bulletin et avant la fin de l'année scolaire.

Les médecins sont préoccupés de l'ampleur des problèmes chez les enfants et citent des pourcentages (3 à 7 % des enfants vus en consultation). Les problèmes sont plus fréquents chez les garçons, mais les médecins se soucient de l'incidence chez les filles. Celles-ci seraient rarement hyperactives, plutôt très tranquilles ou

Parmi les intervenants psychosociaux, un seul participant décrit l'effort d'un CLSC pour établir un protocole d'évaluation et d'intervention, afin d'éviter des références trop rapides et de coordonner les différents intervenants. Deux autres participants travaillent à l'occasion avec une équipe multidisciplinaire. Il s'agit, dans un cas, de discuter d'outils d'évaluation avant de rencontrer les parents. Dans l'autre, on a recours à l'équipe multidisciplinaire de la Clinique de Développement Petite Enfance de Cité de la Santé si l'enfant est jeune ou quand l'école a seulement exigé une évaluation médicale mais que l'intervenant juge la dimension psychosociale nécessaire. Ce recours engendre cependant un long délai. D'autres participants ajoutent 1) que dans une école, la direction priorise les cas compte tenu du nombre de requêtes d'évaluation, 2) qu'on observe les élèves dans leur classe mais seulement en maternelle, et 3) qu'on obtient le soutien d'une travailleuse sociale.

Les intervenants psychosociaux disent utiliser les questionnaires et tests suivants: le Dominique, l'échelle de Conners, le Achenback, l'Actor. Toutefois, ils ne donnent pas de détails sur la fonction de ces outils. Un intervenant a construit sa propre grille d'évaluation.

Parmi les médecins, deux sur cinq décrivent leur procédure d'évaluation: ils s'appuient sur l'évaluation faite par les intervenants du milieu scolaire, pour ensuite porter leur propre jugement. Parfois, ils réfèrent pour des examens de vision et d'audition. Quelques médecins utilisent l'échelle de Conners. Si les enfants font partie de la clientèle régulière, le dossier médical suffit dans certains cas.

Les autres médecins spécialistes évoquent une démarche semblable. Les rapports des intervenants scolaires leur donnent un premier portrait du problème de l'enfant et ils complètent par des tests. Toutefois, ils ne précisent pas les tests ni le temps nécessaire pour faire une évaluation. Il arrive parfois à un spécialiste de référer des enfants en psychiatrie lorsque les problèmes de comportements sont perçus comme des troubles graves.

5.2.2 Les participants à l'évaluation

Selon les intervenants psychosociaux, l'ensemble des personnes gravitant autour des enfants (parents, enseignants et professionnels du milieu scolaire) participe à l'évaluation en remplissant un ou l'autre des instruments mentionnés.

Selon les enseignantes des classes régulières (7 des 8 enseignants), cette participation ponctuelle est trop limitée et insatisfaisante. Les divers intervenants ne font que leur "soutirer" des informations sur les enfants, mais une fois ces informations obtenues, les enseignantes se disent laissées à elles-mêmes.

5.2.3 La satisfaction vis-à-vis les évaluations psychosociales et médicales

Tous les participants expriment une insatisfaction vis-à-vis l'évaluation de l'enfant, dans l'école ou dans le bureau du médecin.

Les parents soulignent leur déception vis-à-vis la démarche d'évaluation et les tests utilisés par les intervenants du milieu scolaire et par les neurologues. Ils estiment que l'évaluation à l'école ne considère pas les dimensions socio-affectives. Ils sont déçus des délais pour obtenir une évaluation. Ils constatent que l'évaluation en neurologie ne dure que 15 ou 20 minutes — ce qui leur apparaît insuffisant pour faire un diagnostic et décider d'une prescription.

Un commentaire satisfaisant est exprimé à l'égard d'une évaluation obtenue de ressources en bureau privé: cette évaluation considère l'ensemble des dimensions du développement de l'enfant et les résultats ont été transmis clairement. Elle a favorisé la compréhension des difficultés vécues par l'enfant.

Aucun médecin spécialiste ne s'est prononcé sur les répercussions et les conséquences du diagnostic du TDAH. Seulement deux autres participants (un enseignant et un intervenant psychosocial) se sont prononcés sur la question de l'étiquette diagnostique. Selon le premier, il y a problème dans la mesure où le diagnostic permet la prescription d'un médicament sans toutefois expliquer les problèmes de l'enfant. Pour le second, la notion d'hyperactivité est floue même dans les manuels de psychiatrie.

5.3. L'INTERVENTION ET LE SUIVI

5.3.1 L'information

Les parents disent recevoir des informations incomplètes ou contradictoires de l'école concernant l'intervention réalisée auprès de leur enfant. Un médecin souligne aussi que les informations fournies par les intervenants du milieu scolaire sont très limitées. Les parents qui obtiennent des services du secteur privé se sentent mieux informés. D'autres se dirigent vers des organismes communautaires tel l'AQETA.

De l'avis des médecins spécialistes, les enseignants aussi sont très peu informés de l'évolution de la situation de l'enfant une fois qu'une intervention est engagée.

5.3.2 L'intervention

Les participants sont unanimes: ils perçoivent qu'une fois l'enfant évalué et médicamenté, d'autres interventions sont presque inexistantes. Les ressources sont minimales. Dans chaque école, l'intervenant ou l'enseignant tenterait selon le temps et les moyens disponibles d'accorder un soutien aux enfants et à la famille, sans toutefois préciser le type de soutien.

Dans la classe, les enseignants réguliers utilisent la dynamique du groupe et l'influence positive de certains élèves pour soutenir les élèves identifiés. Ces enseignants sont par contre inquiets que l'énergie investie auprès des enfants en difficulté les rende moins disponibles aux autres enfants de la classe.

Les intervenants psychosociaux identifient les moyens d'intervention suivants: 1) le recours à des stagiaires, 2) l'utilisation de feuilles de motivation, 3) l'animation en ateliers ou 4) un suivi individuel occasionnel.

Selon les mères, le suivi est minimal ou inadapté aux situations que vivent les enfants. Les ressources pédagogiques sont limitées et disponibles seulement au premier cycle du primaire. Certains parents assument donc les coûts d'un soutien pédagogique privé.

Les médecins de première ligne et les médecins spécialistes expriment des propos plus tranchés lorsqu'ils abordent la question de l'intervention et du suivi. Ainsi, ils disent qu'une fois l'enfant médicamenté, l'école retire le soutien à l'enfant et sa famille. Le milieu scolaire s'adapterait ainsi à la réduction des ressources professionnelles. Par ailleurs, les médecins n'assurent pas de suivi aux enfants non médicamentés. Parfois, ils interviennent auprès des parents réticents envers la médication, afin de leur exposer comment cela pourrait aider leur enfant.

5.4.4 Les effets de la médication

Les participants de chaque groupe parlent d'effets désirables et indésirables de la médication psychostimulante chez les enfants. Certains constatent que la médication ne donne pas les résultats attendus.

Parmi les effets jugés positivement par les participants, on mentionne que les enfants sont tranquillisés et que cela contribue à augmenter leur attention et leur concentration en classe. On dit que la médication aide les enfants à faire leurs devoirs à la maison. En lien avec la prise de médication, on mentionne également que les enfants ont une meilleure estime de soi.

Parmi les effets jugés négativement, on rapporte que des enfants paraissent amorphes, déprimés ou dysphoriques, ou qu'ils deviennent agités dès qu'ils oublient de prendre leur médication. La dépendance psychologique est évoquée. Sur le plan physique, les médecins mentionnent le plafonnement de la courbe de croissance, des maux de tête, de l'insomnie, une baisse d'appétit.

Des médecins spécialistes prescrivent parfois un autre médicament pour supprimer certains effets néfastes. Un parent relate que son enfant médicamenté doit prendre des somnifères pour s'endormir. Un médecin spécialiste s'oppose à cette pratique.

Par contre, si des mères observent un manque d'appétit, de l'insomnie ou une "lenteur" chez leur enfant, elles disent que ces problèmes étaient présents avant la prise de médicament, celui-ci ne faisant que les accentuer.

La médication ne donne pas toujours les effets escomptés: on mentionne que la prise de médication peut n'avoir aucun effet sur la performance ou la réussite scolaire de l'enfant, ou que des enfants restent agités et ne se concentrent pas.

5.5.5 Les inquiétudes au sujet de la médication

À l'exception des mères, les différents acteurs expriment des inquiétudes au sujet de la médication.

Les enseignants et intervenants psychosociaux s'inquiètent: 1) du manque d'information sur les effets à moyen et à long terme, 2) de la perception de la médication comme la solution miracle, 3) de la rapidité avec laquelle la prescription médicale est émise, 4) du danger d'abus de la médication en milieu défavorisé, 5) de la dépendance psychologique. Chez les médecins, on ajoute: 6) la stigmatisation d'enfants médicamentés.

5.5.6 Le suivi après médication

Les médecins et les spécialistes parlent peu de ce sujet. Les modalités pour le suivi médical semblent variables malgré le fait que la plupart des médecins essaient de l'assurer. Pour les médecins spécialistes, le suivi est important mais ils n'en sont pas les principaux responsables.

Selon les médecins, une fois les enfants médicamentés, l'école et parfois les parents ne collaborent plus au suivi médical. Cette réaction s'expliquerait, à leur avis, en fonction de l'unique attente envers les médecins: la prescription d'une médication psychostimulante.

5.7. LES PISTES DE SOLUTIONS

Quatre types de commentaires portent sur des moyens d'améliorer l'ensemble du processus.

5.7.1 Un suivi pédagogique pour les enfants

Tous les groupes trouvent important d'assurer un meilleur suivi pédagogique auprès des enfants à l'école, ainsi que de l'aide pour les devoirs à domicile.

5.7.2 Un soutien aux familles

On insiste également sur le support à apporter aux familles, via des groupes de soutien comme l'AQETA (Association Québécoise des Enfants avec Troubles d'Apprentissage) ou le programme PANDA (Parents Aptes à Négocier le Déficit d'Attention).

5.7.3 Une évaluation plus rigoureuse

Dans quatre des cinq groupes, on souhaite que l'évaluation de l'enfant soit plus rigoureuse — mais on se réfère aux évaluations effectuées par les autres. Les médecins, par contre, désirent trouver des tests pour augmenter la validité de leur propre diagnostic.

5.7.4 Le retrait des neurologues

Selon les pédiatres et les généralistes, il faut référer avec pertinence aux neurologues pour l'évaluation puisque la cause du TDAH n'est pas neurologique.

Les pédiatres souhaitent toutefois participer plus intensivement. Ils justifient le rôle du médecin parce que les gens ont confiance en leur médecin et que seuls les médecins peuvent prescrire des médicaments.

Pour leur part, les médecins spécialistes souhaitent participer au suivi à la condition que la rémunération soit adaptée.

5.7.5 La concertation et la collaboration, l'ajout de ressources

Tous les acteurs souhaitent améliorer la cohésion entre les enseignants et les autres intervenants, augmenter le nombre d'enseignants et de ressources professionnelles à l'école et améliorer la concertation entre organismes. Les mères mentionnent l'importance de sensibiliser les enseignants et autres intervenants scolaires aux problèmes psychosociaux des enfants.

5.9.2 Des évaluations incomplètes ou non pertinentes

Dans le discours de chaque groupe, nous relevons des propos critiques sur le travail des autres acteurs professionnels. Les intervenants psychosociaux critiquent la rigueur de l'évaluation médicale alors que les médecins évaluent défavorablement le travail effectué par ces intervenants — sauf ceux du secteur privé.

Si l'on se base sur les propos exprimés dans les cinq groupes, chacune des différentes évaluations auxquelles l'enfant peut être sujet serait déficiente. Ainsi, un enfant pourrait être évalué par des professionnels de l'école ou de la commission scolaire (principalement l'orthopédagogue ou la psychologue, plus rarement l'infirmière rattachée en CLSC ou la travailleuse sociale), par un pédiatre, un généraliste, et un spécialiste (en particulier un neurologue). Cependant, trois évaluations successives ne semblent pas garantir que même un seul acteur s'estimera bien éclairé sur la situation globale d'un enfant.

5.9.3 Des évaluations avec buts imprécis

Nous n'avons pas retenu de propos explicites sur les buts de l'évaluation, sur ce qu'on tente précisément d'accomplir en évaluant l'enfant. La logique implicite semble être que le but de l'évaluation est de décider si l'enfant "a" un "trouble d'attention". Les propos n'abordent presque pas, par exemple, les résultats d'évaluations suggérant que les enfants présentent des difficultés étiquetées autrement que "TDAH". Ces situations doivent pourtant être nombreuses. Nous ne savons pas explicitement ce que recommandent les évaluateurs une fois leur évaluation terminée. Comme nous en discutons plus bas, les évaluations semblent tributaires du manque de ressources d'intervention et de la disponibilité et de la facilité d'utilisation de la médication.

5.9.4 Une évaluation psychosociale incomplète

Il importe de conserver pour les intervenants psychosociaux une flexibilité et une approche individualisée pour ces enfants.

Des tests spécifiques sont mentionnés. Cependant aucun ne suscite spontanément la discussion sur le but visé ou sa fonction. Il n'est pas facile de bien saisir comment les intervenants psychosociaux effectuent leurs évaluations. Le discours ne donne pas l'impression qu'ils vérifient ou éliminent des hypothèses quant aux problèmes présentés par l'enfant. Ils ne discutent pas des moyens utilisés pour discriminer entre un déficit d'attention et un manque de socialisation, ou comment ils interprètent des comportements d'hyperactivité, par exemple. En somme, la question du diagnostic différentiel n'est pas abordée.

Finalement, les propos n'indiquent pas comment le fonctionnement ou le contexte familial, le style ou la performance de l'enseignant, la structure et la taille de la classe ou de l'école, l'ennui ou la frustration de l'enfant, les difficultés d'apprentissage, les autres problèmes co-existants, sont pris en compte dans cette évaluation.

Les enseignants initient le processus mais s'estiment globalement très insatisfaits: leur participation est limitée et l'évaluation ne les aide pas à développer un plan d'intervention en classe. Les mères se disent également insatisfaites de l'évaluation scolaire, qu'elles décrivent d'abord comme venant trop tardivement, et ensuite comme incomplète parce que silencieuse sur la situation globale de l'enfant. Elles disent d'ailleurs devoir insister pour y participer. Nous soulignons l'insistance répétée des mères sur la portée limitée des évaluations et sur le besoin de prendre en compte les dimensions sociales, affectives, et familiales des enfants.

5.9.6 *Une intervention multimodale inexistante*

Les différents acteurs mentionnent cinq formes d'intervention directe appropriées au TDAH ou problème similaire: 1) les psychostimulants, 2) l'encadrement pédagogique serré des enfants à l'école, 3) l'information sur les troubles et leurs traitements fournie à tous les acteurs, 4) le soutien à la famille (incluant de l'aide pour les devoirs, du répit aux parents), 5) le soutien psychosocial à l'enfant dans l'école et occasionnellement à la famille (par le biais d'une travailleuse sociale).

Une seule de ces interventions est discutée en détail. Un directeur d'école précise que l'implication d'une travailleuse sociale trois jours par semaine dans son école en milieu défavorisé a fait chuter le nombre d'enfants sur médication en un an. Il s'estime satisfait des résultats et des comportements des enfants.

Tous les acteurs sont unanimes à décrier qu'à part la médication, les autres formes d'intervention sont minimes ou inexistantes. Il y a principalement un manque de ressources dans le système, mais aussi un manque de connaissances chez les acteurs. Par exemple, cinq des huit enseignants disent que leur propre intervention en classe consiste à répéter les consignes et utiliser les pairs pour encadrer l'enfant identifié.

Les intervenants psychosociaux mentionnent quelques formes d'intervention mais n'abondent pas en ce sens, nous suggérant que leur travail est centré sur l'évaluation et la direction des cas vers d'autres instances, les médecins en particulier. Quant à ces derniers, ils se concentrent sur la prescription comme moyen d'intervention directe. Les médecins spécialistes semblent "au-dessus de la mêlée", offrant seulement quelques propos sur l'information aux parents comme forme efficace d'intervention.

Il existe une dissonance dans les propos des acteurs sur l'intervention. Ils sont tous unanimes: celle-ci *doit* être multimodale et ne peut consister uniquement en une médication. Mais ils constatent tous simultanément qu'elle ne se résume très souvent qu'à la médication.

Ils apprécient certains effets de la médication (voir plus bas), mais ils sont convaincus que la mise en place d'un encadrement pédagogique des enfants et d'un soutien aux parents feraient progresser plus rapidement l'enfant au niveau académique et contribueraient à améliorer sa situation globale. Pourtant, à une exception près ils n'indiquent aucune implication de leur part dans une de ces formes d'intervention soutenues. Il n'est pas clair comment ces acteurs s'impliqueraient davantage dans l'intervention multimodale, ou s'ils en ont eux-mêmes le désir ou la formation.

Les médecins vont le plus loin dans cette perception, certains affirmant que la prescription de la médication constitue précisément "pour l'école" le *prétexte* d'ôter ou de ne pas mettre en place les autres interventions que tous les acteurs considèrent essentielles.

5.9.7 *Une médication omniprésente*

Les propos sur la médication reflètent fidèlement les constatations et les controverses retrouvées dans les écrits scientifiques.

Les effets sur le comportement des enfants en classe sont reconnus et appréciés de plusieurs acteurs, qui attribuent à ces effets le pouvoir de résulter en une meilleure performance scolaire ainsi qu'une meilleure estime de soi chez les enfants. D'autre part, des effets néfastes — incluant la dépression et la dysphorie chez 15 % des enfants — sont mentionnés par la plupart des acteurs. De manière générale, les effets secondaires n'inquiètent pas les acteurs, mais ceci se conjugue au manque de suivi serré des enfants.

d'autres professionnels. Ajoutée au manque de concertation entre les acteurs, la situation fait que les attentes des uns envers les autres sont rarement satisfaites. Ce qui semblent unir tous les intervenants professionnels est en premier lieu, leur référence à un concept, le TDAH. La force de ce concept est qu'il peut signifier différentes choses pour différentes personnes agissant dans différents milieux. Il permet aussi d'englober différents comportements problématiques qui se prêtent à plusieurs pratiques d'évaluation.

En deuxième lieu, il y a consensus sur l'absence de ressources d'intervention autre que la médication. Il ressort clairement des propos recueillis que les ressources et les moyens d'intervention que tous les acteurs jugent pertinents sont quasiment inexistants ou inaccessibles. En apparence, l'école semble avoir choisi l'option médication et, encore selon les propos recueillis, elle n'insiste pas sur des interventions complémentaires obligatoires. La médication stimulante devient donc la seule intervention disponible. Dans ce contexte, la médication pourrait permettre à chaque étape (ex., identification, évaluation, intervention, suivi) de progresser à la suivante même si l'étape est effectuée de manière tronquée ou non pertinente. L'enjeu de la médication est présent dès qu'un enfant est pour la première fois observé comme présentant un problème dans la classe, dès qu'un enseignant ou un professionnel scolaire aborde avec les parents l'idée d'une consultation psychologique ou médicale, et certainement lorsqu'un enfant et ses parents participent à une telle consultation. En d'autres termes, l'utilisation de la médication constitue la finalité implicite du travail de dépistage et d'évaluation par tous les intervenants. Si d'autres ressources d'intervention existaient, elles pourrait apporter d'autres finalités, puisqu'elles permettraient une "diversion", à chaque étape du processus, des enfants vers ces autres ressources.

"L'école" occupe une grande place dans les propos de tous les intervenants, et plusieurs acteurs la critiquent et se plaignent de son influence. Il reste à savoir quels acteurs scolaires sont spécifiquement mis en jeu. Par contre, nous pouvons proposer que "l'école" est perçue par la plupart des participants comme inchangeable. Ainsi, les participants ne discutent pas des facteurs qui pourraient contribuer à la manifestation de comportements dérangeants chez les enfants. Ainsi on ne s'interroge pas sur le rôle de l'environnement ou de la structure scolaire: par exemple, l'ennui que peut ressentir l'enfant dans une classe avec peu de stimulation; des enseignants peu rémunérés ou peu formés; le manque d'implication des parents dans la classe ou dans l'école; etc. Ceci pourrait nous suggérer que le langage des acteurs renforce la vision des difficultés présentées par les enfants dans le contexte scolaire comme surtout les difficutés des enfants.

La prise de médication par l'enfant renforce cette vision, puisqu'elle situe davantage le problème au niveau de l'enfant mais hors de son contrôle. La médication répond aussi aux exigences premières de la situation problématique initiale: assurer à court terme le fonctionnement ordonné de la classe. De cette façon, la médication soulage les pressions sur les enseignants, qui, à leur tour, mettent moins de pressions sur les parents.

L'utilisation de la médication enlève aussi à chaque acteur une partie de la responsabilité et du désir de développer des options créatives, scientifiquement rigoureuses, dans le processus d'évaluation et d'intervention. Ce processus devient tributaire de l'existence et de l'utilisation répandue de la médication. Plusieurs indices dans le discours des participants indiquent que les enfants ne sont pas évalués adéquatement pour bien comprendre leurs difficultés et pour mettre en place un plan d'intervention approprié à ces difficultés, aux besoins développementaux et à la situation familiale. Les intervenants savent que les interventions multimodales sont quasiment inexistantes: l'évaluation des enfants a donc, dans les faits, souvent lieu pour voir s'ils pourraient "bénéficier d'une médication".

Les critères médicaux de prescription semblent adaptés à cette dynamique. Autant les voies d'arrivées chez le médecin sont nombreuses, autant les critères de prescription semblent larges ou idiosyncratiques. L'école étant favorable à l'utilisation de la médication, celle-ci sera probablement presque toujours essayée par un médecin le moindrement incertain sur la démarche à suivre, surchargé de travail, et sachant que là résident les pratiques habituelles de ses collègues et les attentes de la plupart des autres acteurs à l'effet que le médecin fasse quelque chose. De plus, vu le manque de contact entre tous, même un acteur insatisfait ne contesterait directement la

6. LE VOLET QUANTITATIF DE LA RECHERCHE AUPRÈS DES ENSEIGNANTS

Le deuxième objectif de cette recherche était d'estimer la prévalence de la consommmation de médication stimulante par les écoliers du niveau primaire sur le territoire de Laval, au moyen d'un sondage auprès des enseignants.

6.1 LES ENSEIGNANTS COMME SOURCE DE DONNÉES FIABLES

Ce choix méthodologique se justifie pour plusieurs raisons. En premier lieu, il est admis dans la littérature qu'au moins une dose quotidienne de psychostimulants prescrits aux enfants est dispensée à l'école, souvent par les enseignants eux-mêmes (Treolar & Yarandi, 1996). Deuxièmement, différents auteurs sont d'avis que même lorsque les enseignants ne dispensent pas la médication aux enfants, ils sont susceptibles de connaître ceux qui en consomment car ils ont été prévenus par les parents ou ont eux-mêmes initié la procédure menant à la prescription à l'enfant (Doré & Cohen, 1997; Francis et al., 1996; Kasten et al., 1992). Troisièmement, nos contacts auprès de représentants des quatre commissions scolaires ont confirmé qu'il est communément accepté que les enseignants possèdent ces renseignements.

Finalement, cette méthode de collecte de données a déjà été utilisée pour estimer les taux de prévalence de l'utilisation de psychostimulants. Par exemple, dans l'État du Wisconsin, Runnheim et al. (1996) ont sondé 396 enseignants des classes spéciales de cet état pour estimer combien de leurs 1300 écoliers prenaient une médication pour le traitement du TDAH.

6.2 LA DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX DONNÉES SUR LES MÉDICAMENTS

Les méthodologies traditionnellement utilisées pour connaître les taux d'utilisation de médicaments dans une population sont les études d'échantillon représentatif d'une population ou le recours à des fichiers centralisés de données populationnelles (assurance-maladie, etc.). Compte tenu des ressources limitées disponibles pour mener la présente recherche, nous avons exclu ces deux options. La constitution d'un échantillon représentatif des milliers d'écoliers des écoles publiques de Laval, dont les parents devraient ensuite être contactés et interviewés, nécessiterait des ressources et une période de temps considérables.

D'autre part, sans le demander directement aux parents, il n'est pas facile de savoir si un enfant prend ou non un médicament. Il n'existe pas, au Québec, de fichiers centraux avec ces renseignements, sauf pour les enfants bénéficiaires de la sécurité du revenu du Québec. Une histoire partielle de traitement médical pourrait en principe être obtenue – via le numéro d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec – mais seulement avec la permission des individus et familles touchés ainsi qu'une permission spéciale de la Commission d'accès à l'information. Cette stratégie exige elle aussi des ressources logistiques et financières dépassant de loin les ressources disponibles pour cette recherche.

Selon les informations obtenues de nos personnes-ressources du territoire de Laval, il n'existe pas de dossier centralisé, dans les commissions scolaires, sur le nombre ou les caractéristiques d'enfants médicamentés. Chaque commission scolaire (ou chaque école) possède ses propres procédures (s'il y en existe) pour enregistrer ces enfants. Dans certains cas, les renseignements pertinents pourraient se trouver dans un dossier d'intervention au CLSC, dans d'autres ils se trouveraient dans un dossier à l'école, qui contiendrait, par exemple, un

Le questionnaire contient six questions fermées. Un espace au bas du questionnaire, titré "Commentaires", laisse place à des commentaires ouverts de la part des répondants. Les deux premières questions visent à connaître la répartition des professeurs enseignant dans une école régulière ou spécialisée, ou dans une classe régulière ou spécialisée. Une troisième question porte sur le niveau de la classe (pré-maternelle à 6e année). La quatrième question demande au répondant de donner le nombre total d'enfants dans la classe et la répartition entre les garçons et les filles. La cinquième question demande au répondant de donner sa connaissance sur le nombre d'enfants sous médication stimulante, la répartition entre garçons et filles, ainsi que de choisir parmi trois options le motif perçu de la prise de médication (TDAH; autres problèmes; ne sais pas). La sixième question demande au répondant de donner son avis sur le nombre d'enfants qui pourraient bénéficier de la médication. Cette dernière question a été inclue dans le but d'avoir une idée sur le nombre d'enfants perçus comme posant problème en classe par les enseignants.

Le questionnaire est anonyme. Il ne permet pas d'identifier l'enseignant ou l'école en question. Nous avons seulement classifié géographiquement les écoles d'où proviennent les questionnaires selon leur code postal, dans le but d'effectuer une analyse territoriale (territoires de CLSC) des données.

Le questionnaire a été revu par un représentant de chaque commission scolaire. Nous avons légèrement modifié l'énoncé de trois questions suite aux commentaires reçus. Le questionnaire a également été traduit en anglais pour les répondants anglophones. Les versions finales du questionnaire sont à l'**annexe 3**.

6.5 LA COLLECTE DES DONNÉES

Le projet de recherche a été discuté au comité réunissant les directeurs d'école de chaque commission scolaire, au moyen d'un protocole concis transmis par les chercheurs. Dans chaque commission scolaire, le Directeur des services complémentaires a été la personne contact, qui a accepté, suite à l'approbation de son conseil, de distribuer les questionnaires dans chacune des écoles de sa commission selon les modalités organisationnelles habituelles à chacune.

Il a été convenu avec les commissions scolaires que le questionnaire parviendrait aux enseignants selon leur mode de distribution habituelle (par exemple, via le directeur d'école ou sa secrétaire). Chaque questionnaire était accompagné d'une note explicative des chercheurs, décrivant les objectifs et les retombées anticipées de l'étude et soulignant la nature entièrement volontaire de la participation des répondants (**annexe 4**). Les questionnaires remplis ont ensuite été ré-acheminés aux chercheurs.

La collecte de données s'est réalisée en deux temps: une première distribution de questionnaires aux quatre commissions scolaires a eu lieu du 25 janvier 1998 au 28 février 1998. Ceci a été suivi d'une relance dans trois commissions au milieu du mois de mars 1998.

Durant l'été 1998, des assistants de recherche ont saisi les données des questionnaires au moyen du logiciel *Excel*. Les analyses statistiques ont été effectuées avec *SPSS-PC*.

7. LES RÉSULTATS DU VOLET QUANTITATIF DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous présentons les principaux résultats du volet quantitatif de la recherche. Ces résultats portent sur le taux de prévalence de la consommation de psychostimulants, selon les variables d'intérêt tels le niveau scolaire, le sexe, le type de classe, la commission scolaire et le territoire. Ces descriptions sont suivies d'une brève discussion.

7.1 LE TAUX DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE

Sur la population de 1124 enseignants, un total de 804 (71,5 %) ont renvoyé le questionnaire. De ce nombre, entre 775 et 797 répondants (96,4 % et 99,1 %, respectivement) ont répondu aux questions clés du questionnaire: type de classe, niveau du primaire, nombre d'enfants dans la classe et nombre d'enfants sur psychostimulants. Seulement 7 des 804 questionnaires ne contenaient que des réponses aux questions 1 à 3 (type d'école, de classe, ou niveau).

De la population totale d'environ 26 800 élèves fréquentant les écoles primaires publiques de Laval, les 804 répondants enseignaient à environ 18 600 élèves, ou 69,4 % de cette population.

Le **tableau 2** présente les taux de réponse selon les commissions scolaires. On remarque que les deux plus importantes commissions scolaires, soit Mille-Iles et Chomedey, sont bien représentées dans l'échantillon. Le **tableau 3** présente les taux de réponse selon le niveau scolaire. On remarque ici que les taux de réponse sont plus élevés chez les répondants enseignant en 3e et 4e année. Nous n'avons pu distinguer dans ce tableau les taux de réponse selon la pré-maternelle ni les classes spéciales, ne possédant pas de cadre populationnel exact sur ces dernières.

7.2 LE TAUX DE CONSOMMATION DE PSYCHOSTIMULANTS

Le taux général de consommation de psychostimulants dans la population des écoliers du primaire des écoles publiques de Laval est estimé, selon les chiffres fournis par les répondants, à 4,56 %.

Le **tableau 4** montre que ce taux diffère selon le type de classe. Alors qu'il est de 3,8 % parmi les 17 641 élèves des classes régulières, il monte à 20,3 % parmi les 863 élèves des classes spéciales. Le rapport filles:garçons sous médication diffère aussi: il est de 1:3,9 dans les classes régulières, mais de 1:1,7 dans les classes spéciales.

Tableau 3

Taux de réponse (en pourcentage) des enseignants selon le niveau scolaire[1] et les commissions scolaires

Niveau	Commission scolaire				Taux de réponse moyen
	Mille-îles	Chomedey	Les Écores	Laurenval	
Maternelle	63	75	34	85	64
1e année	63	86	40	84	68
2e année	57	87	33	66	61
3e année	84	96	44	81	76
4e année	70	90	36	83	70
5e année	58	54	32	82	56.5
6e année	57	80	32	79	62

1. N'inclut pas les taux de réponse pour les classes de pré-maternelle et spéciales, les données populationnelles n'étant pas disponibles pour ces classes.

7.3 LA PRÉVALENCE SELON LE SEXE ET LE NIVEAU SCOLAIRE

La consommation de psychostimulants parmi les écoliers de Laval affiche des différences marquées selon le sexe. Chez les garçons, la prévalence est de 7,23 % alors qu'elle est de 1,94 % chez les filles. Le ratio global garçons:filles est donc de 3,7:1.

De la maternelle à la sixième année, le taux de consommation de psychostimulants montre une progression atteignant son apogée chez les deux sexes à la 3e année. La progression chez les garçons et chez les filles est la plus forte de la maternelle à la 1ère année, doublant chez les garçons et triplant chez les filles. À part ces ressemblances, cependant, les taux de consommation montrent des caractéristiques et progressions différentes selon le sexe des enfants.

Par exemple, la **figure 1** indique qu'en 5e et 6e année, la consommation chez les garçons est presque 6 fois plus forte que chez les filles. La différence entre les sexes est moindre en 1ère année, bien que le ratio garçons:filles soit de 2,34:1. Cette différence est la plus large en 6e année, où ce ratio est de 6,3:1.

La **figure 1** illustre également que le taux de consommation chez les filles est essentiellement stationnaire de la 1ère à la 4e année inclusivement (variant entre 2 et 2,35 %), alors qu'il varie entre 5,5 % et 9,6 % chez les garçons.

Quant à la **figure 2**, elle illustre le taux de consommation à la pré-maternelle (78 enfants) ainsi qu'aux classes identifiées par les répondants comme multiniveaux (233 enfants), principalement des classes spéciales pour enfants avec troubles de comportement ou difficultés d'apprentissage. Il est à noter ici que les répondants ont indiqué que seulement 78 enfants (sur plus de 18 000 élèves) fréquentaient la pré-maternelle. Ce petit nombre, ainsi que le taux relativement élevé de consommation de psychostimulants parmi ce groupe, laisse à croire qu'il s'agit d'enfants fréquentant la pré-maternelle justement parce qu'ils ont des besoins particuliers.

Figure 1: Taux de consommation de psychostimulants selon le niveau du primaire, Laval 1998

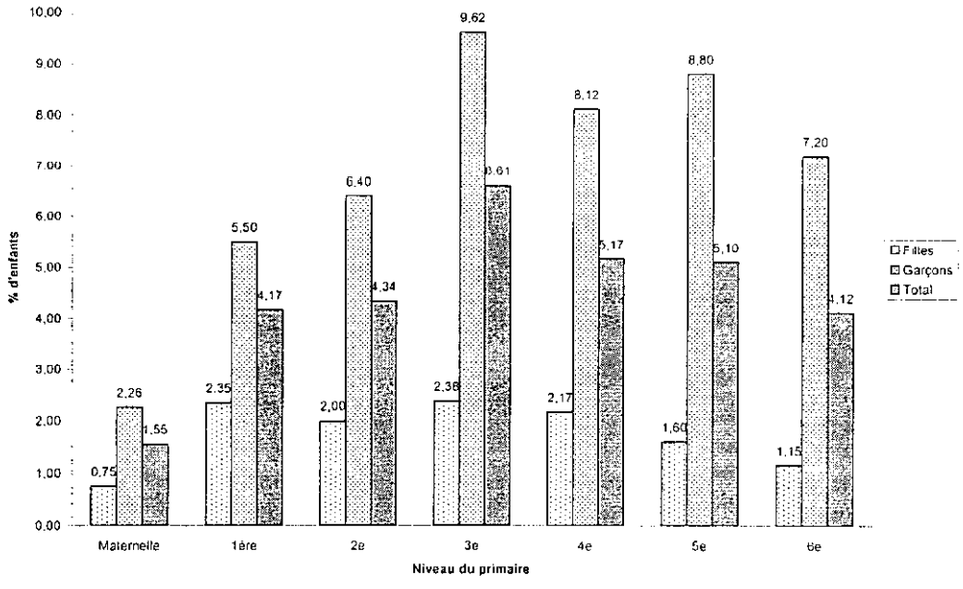
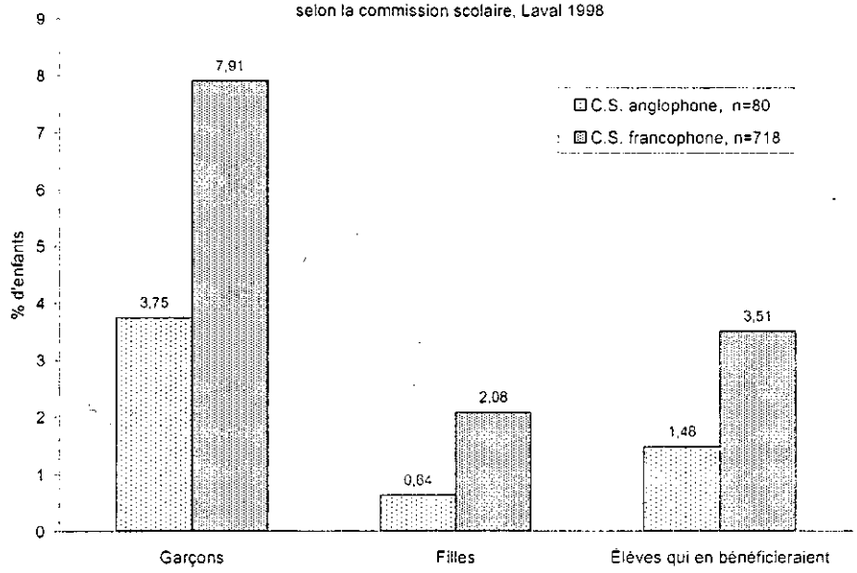


Figure 3: Taux de consommation de psychostimulants , selon la commission scolaire, Laval 1998



7.5 LE TAUX DE CONSOMMATION PAR TERRITOIRE DE CLSC

Nous avons également procédé à une analyse des données selon le territoire de CLSC, tel que prévu dans notre devis de recherche. En effet, au moyen des codes postaux fournis sur les questionnaires, les écoles ont été catégorisées selon qu'elles soient situées sur l'un ou l'autre des quatre territoires de CLSC de la région de Laval.

La **figure 4** montre qu'une légère différence, non statistiquement significative ($F = 0,58$, $p < 0,63$), existe dans les taux de consommation entre, d'une part, les écoles sur le territoire de CLSC Norman-Bethune et d'autre part, les écoles des trois autres territoires.

7.6.2 La médication stimulante

Les enseignants sont partagés face à l'utilisation de la médication. Certains mentionnent les raisons de leur désaccord alors que d'autres sont d'avis que des enfants bénéficieraient de la médication psychostimulante si les parents n'étaient pas opposés à cette option. D'autres disent qu'ils ne veulent pas se prononcer. Par exemple, quelques enseignants se prononcent contre l'utilisation de la médication chez les enfants à cause des effets néfastes, alors que plusieurs décident de ne pas se prononcer: ces derniers indiquent qu'ils ne sont pas des spécialistes et ne sont pas en mesure d'évaluer le besoin de médication chez les enfants.

Parmi les enseignants s'étant prononcés favorablement ou défavorablement sur l'usage de la médication, presque tous expriment que certaines conditions préalables sont essentielles. Il s'agit: d'effectuer une "évaluation rigoureuse" ("avec des tests") afin d'établir un diagnostic précis; de recourir à une intervention multimodale; de réserver la médication pour les enfants en échec scolaire; d'attendre que les enfants soient au premier cycle du primaire (certains enfants ayant été médicamentés avant l'entrée à l'école).

Des enseignants chiffrent une quinzaine d'enfants dans leur classe consommant ou ayant consommé dans le passé des psychostimulants. Quelques-uns de ces enfants auraient cessé de prendre ces médicaments à la suite de la décision de leurs parents. Des répondants ont émis une opinion sur l'efficacité de la médication. Certains mentionnent les effets positifs suivants: augmentation de l'attention et de la participation en classe; amélioration des apprentissages; amélioration de la performance scolaire; effet bénéfique sur l'estime de soi; effet positif sur la dynamique du groupe. Par ailleurs, certains enseignants écrivent que la médication n'a pas d'effet sur la performance scolaire des enfants. Finalement, ils écrivent avoir observé des effets secondaires chez les enfants médicamentés: symptômes dépressifs et maux de ventre.

7.6.3 Les problèmes relatifs au processus d'intervention

Des enseignants soulignent les délais occasionnés à chaque étape du processus, de l'évaluation de la situation de l'enfant jusqu'au suivi effectué par les professionnels.

7.6.4. Les pistes de solution

Des enseignants ont identifié quelques pistes de solution: 1) assurer un meilleur suivi auprès des enfants et leur famille; 2) assurer un suivi médical auprès des enfants médicamentés; 3) améliorer la coordination entre les différents groupes d'intervenants (médecins/parents/enseignants); 4) informer les enseignants sur les problèmes d'apprentissage des enfants et sur les effets de la médication; 5) augmenter le nombre d'intervenants psychosociaux dans les écoles; 6) offrir aux parents d'autres options que la médication, par exemple, relaxation, activité physique, etc.; 7) réduire le nombre d'enfants en difficulté dans les classes régulières; 8) mesurer plus systématiquement le progrès scolaire des enfants qui prennent des psychostimulants.

7.7.3 La collecte des données

La dernière limite de cette étude est que la distribution du questionnaire s'est déroulée hors de la supervision directe des chercheurs. Des biais insoupçonnés – par exemple, une distribution inégale des questionnaires parmi les écoles d'une commission scolaire ou parmi les enseignants d'une école, ou un ré-acheminement partiel aux chercheurs – pourraient ainsi s'être produits. Ceci nous semble néanmoins peu significatif, compte tenu, encore une fois, du taux de réponse élevé (sauf dans une commission scolaire).

En somme, les limites de cette méthodologie sont l'utilisation des enseignants comme répondants, un questionnaire non validé dans le milieu scolaire, ainsi qu'une distribution des questionnaires hors de la supervision directe des chercheurs. Ces limites doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Cependant, pour les raisons énoncées, nous estimons qu'elles sont mineures et n'influent pas de manière significative sur les principaux résultats obtenus.

7.8 CONCLUSION ET DISCUSSION

À notre connaissance, ceci est la première étude au Canada visant à estimer la prévalence de la consommation licite de psychostimulants parmi les écoliers du primaire. Les résultats confirment certaines données précédentes et soulèvent des questions qui méritent d'être explorées dans des études ultérieures.

Le taux global de consommation de 4,6 % chez les élèves du primaire s'accorde avec le taux de prévalence du TDAH fréquemment cité pour l'Amérique du Nord (3-5 %, "Diagnosis and Treatment," in press). Il se distingue par contre du taux de 11,9 % rapporté pour les enfants de 5 à 14 ans prestataires de la sécurité du revenu au Québec en 1994 (Doré et Cohen, 1997). Il serait éventuellement souhaitable de déterminer le taux de consommation en pré-maternelle ainsi qu'au secondaire. En effet, ce sont les tranches de population écolière où la prescription de psychostimulants aurait le plus augmenté ces toutes dernières années aux États-Unis (Sherman, 1998). La mise en place cette année d'un programme de pré-maternelle à l'échelle du Québec offre l'occasion d'estimer le taux de consommation chez ce groupe particulier.

Le taux de consommation le plus élevé est en 3e année du primaire. Ceci concorde avec les données de Frankenberger et al. (1990), qui ont observé la même tendance dans des classes du primaire aux États-Unis. Elles sont corroborées également par les données populationnelles plus récentes émanant de Colombie-Britannique, révélant que les garçons âgés de 8 ans (équivalant à la 3e année) avaient le plus de chance de recevoir une prescription de methylphénidate (Rees, 1998).

Cette recherche révèle également des taux de consommation de stimulants plus élevés parmi les élèves des classes spéciales. Malheureusement, la littérature ne contient pas de points de référence avec lesquels comparer nos chiffres. Ces taux méritent d'être plus sérieusement étudiés et contextualisés, par exemple en cherchant à connaître les diagnostics et les besoins particuliers de ces enfants.

Les différences dans les taux de consommation selon le sexe sont marquées, reflétant également les différences fréquemment notées ailleurs en Amérique du Nord. Pourtant, le fait que ces différences s'accentuent fortement à partir de la 1ère année dans notre population (le taux de consommation des filles restant le même de la 1ère à la 4e année) suggèrent que les problèmes comportementaux des garçons reçoivent un traitement différent de celui des filles. Il est probable que ces taux différentiels reflètent le chevauchement entre les critères comportementaux du TDAH et d'autres problèmes extériorisés (troubles de comportements, problèmes

ANNEXE 1:

QUESTIONS ENVOYÉES AUX PARTICIPANTS (GROUPES DE DISCUSSION)

PARENTS

THÈMES DE DISCUSSION

Identification

- Avant la première inscription à l'école, votre enfant présentait-il des difficultés de comportement ou d'apprentissage?
- Quand les difficultés de votre enfant ont-elles été discutées pour la première fois et avec qui?
- Quelle démarche avez-vous entreprise par la suite?

Évaluation à l'école

- À votre connaissance, quelle évaluation votre enfant a-t-il reçue à l'école? Avez-vous participé à cette évaluation?
- Qui vous a communiqué les résultats de cette évaluation?
- Qu'avez-vous appris de cette évaluation? Quelle idée des difficultés et des besoins de votre enfant vous êtes-vous faite? Avez-vous été satisfaite de cette évaluation?
- Quel programme d'intervention a été recommandé par l'école? Comprenait-il un encadrement particulier, des programmes scolaires ou autres, des interventions familiales, une médication?
- Après l'évaluation du problème à l'école ou ailleurs, avez-vous consulté d'autres professionnels?

Évaluation médicale

- Si vous avez consulté un médecin avec votre enfant (pédiatre, généraliste, neurologue, psychiatre), comment s'est déroulée l'évaluation médicale?
- Avez-vous été satisfaite de cette évaluation? En avez-vous appris davantage les difficultés de votre enfant?

Suivi

- Quel suivi a été effectué sur votre enfant après l'évaluation et le diagnostic du problème? Comment participez-vous à ce suivi?
- Quel genre d'aide votre enfant et votre famille reçoivent-ils aujourd'hui et quelle genre d'aide estimez-vous qu'ils nécessitent?

Médication

- Si une médication psychostimulante a été recommandée, comment le rôle de la médication vous a-t-il été présenté par rapport aux difficultés de votre enfant?
- Quels avantages et désavantages voyez-vous à la médication?
- Vous sentez-vous bien informé à propos des effets de ce médicament? Avez-vous des inquiétudes?

Bilan

- Quels aspects positifs voyez-vous dans l'ensemble de toute la démarche – de l'évaluation au suivi de votre enfant ?
- Quels aspects négatifs voyez-vous dans l'ensemble de toute la démarche – de l'évaluation au suivi de votre enfant ?
- Quelles recommandations générales ou particulières auriez-vous à l'intention des professionnels impliqués avec votre enfant (professeur, médecin, autres intervenants, système scolaire, etc.)?
- Autres commentaires?

INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

THÈMES DE DISCUSSION

Identification

- Vous arrive-t-il d'identifier des enfants qui présentent des signes d'inattention ou d'hyperactivité?
- Quelles sont les raisons de ces consultations? (sont-ils référés, par qui, pour quels motifs, dans quelles conditions, etc.)

Évaluation

- Quelle est votre approche générale d'évaluation d'enfants présentant ce type de difficulté?
- Utilisez-vous des instruments et des tests particuliers?
- Les parents sont-ils impliqués dans l'évaluation de l'enfant?
- Y-a-t-il des facteurs que vous ne pouvez évaluer, bien qu'ils vous semblent pertinents?
- À qui communiquez-vous les résultats de votre évaluation? Sous quelle forme?
- Décidez-vous généralement de la pertinence d'un traitement avec une médication psychostimulante?

Intervention

- Quelle approche d'intervention proposez-vous pour ce genre de problème?
- De quels moyens disposez-vous pour mettre en place cette intervention?
- Quel type de suivi effectuez-vous sur les enfants après l'évaluation?

Médication

- Quelle place voyez-vous pour la médication psychostimulante dans l'aide apportée à l'enfant?
- Suggérez-vous parfois aux parents la prescription de médication psychostimulante?
- Quels effets indésirables vous préoccupent le plus?
- Vous sentez-vous bien informé à propos de la médication psychostimulante? Avez-vous des inquiétudes?

Liens avec les autres intervenants

- Quel support recevez-vous d'autres intervenants impliqués avec l'enfant?
- Percevez-vous des délais dans le processus d'évaluation ou d'intervention?
- Comment voyez-vous votre rôle actuel par rapport aux autres intervenants impliqués?

Problèmes et pistes de solution

- Quels sont les problèmes les plus importants que vous percevez dans le processus d'identification, d'évaluation, d'intervention et de suivi que l'on vient de discuter?
- Comment envisagez-vous l'organisation des services idéale pour cette clientèle et leurs familles?

ANNEXE 2

TABLEAUX THÉMATIQUES DES PROPOS DES PARTICIPANTS (GROUPES DE DISCUSSION)

IDENTIFICATION & DÉPISTAGE : TOUS LES GROUPES

SOUS-THÈMES	PARENTS	ENSEIGNANTS	INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	MÉDECINS	SPÉCIALISTES
Observation de «problèmes»:	• difficultés observées à l'école (n=5), parfois avant l'entrée à l'école (n=3)	• unanimité : difficultés observées chez les enfants et raisons de l'évaluation : 1) manque de concentration; 2) agitation; 3) exige la répétition des consignes; 4) "troubles de comportement"; 5) enfant sous médication	• motifs les plus fréquents : 1) enfants dérangeants en classe (n=2); 2) enfants en échec scolaire (n=2); 3) enfants avec trouble de comportement (n=1)	• enfants référés aux médecins présentent différents problèmes : inattention, hyperactivité, manque de concentration, troubles d'apprentissage scolaire (n=2)	• pédo : entre 7% et 13% des enfants ont des problèmes et dans certaines classes, 40% des enfants sont sous médication
			• (motifs fréquents pour infirmière) : 1) arrêt de la médication par les parents; 2) effets secondaires chez les enfants	• environ un enfant par jour (n=4)	• unanimité: le rendement scolaire et les comportements dérangeants en classe
			• plusieurs enfants intégrés dans les classes en difficulté sont sous médication (n=2)	• des médecins sont préoccupés de l'ampleur des problèmes chez les garçons et les filles (n=2)	
Où?/Quand?	• prise de médication dès l'entrée à l'école (n=2)		• il arrive que la médication débute dès que l'enfant est en garderie (n=1)	• références particulièrement élevées lors du premier bulletin et avant la fin de l'année scolaire (n=1)	• unanimité : majorité d'enfants référés sont au premier cycle du primaire; quelques enfants au préscolaire
	• une fois un enfant identifié, dépistage des autres d'une même famille (n=4)				• pédo : certains adolescents sont référés

THÈME INTERVENTION/SUIVI/MÉDICATION : TOUS LES GROUPES

SOUS-THÈMES	PARENTS	ENSEIGNANTS	INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	MÉDECINS	SPÉCIALISTES
Information:	• informations incomplètes et contradictoires (n=1) • meilleures infos au privé (n=1)			• parents sans information de la situation de l'enfant (n=1)	• pédiatre : enseignants non informés sur la situation des enfants par les professionnels
Intervention:	• unanimité : parents doivent exiger de participer sinon exclus • recherche continuelle d'informations : pressions sur écoles/commissions scolaires (n=4)	• recours occasionnel aux ressources privées (n=1)	• références occasionnelles à d'autres professionnels après évaluation (n=3) • intervention avant ou après le début de la médication (n=1) • soutien et sensibilisation occasionnels auprès des enseignants (n=3) • une école en milieu défavorisé a accès à une t.s. trois jours/semaine • dans une école, le pourcentage d'enfants sous médication est réduit depuis l'arrivée d'un nouveau directeur avec stratégie d'intervention (n=1)	• mêmes difficultés que pour établir un diagnostic : 1) pressions de l'école (n=2); 2) manque d'intervenants professionnels (n=1); 3) manque de critères (n=1); 4) accès difficile aux autres évaluations (n=1); 5) isolement des médecins (n=1) • écart entre le nombre d'enfants manifestant des problèmes et ceux pris en charge ou suivis par les médecins à cause du manque de temps (n=4)	• neuro : les explications fournies aux parents sur les divers troubles sont aussi efficaces que l'utilisation de la médication

SOUS-THÈMES	PARENTS	ENSEIGNANTS	INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	MÉDECINS	SPÉCIALISTES
MÉDICATION					
Rôle général:	• les professionnels privilégient la médication (n=4) • parents d'accord (n=2) ou ambivalents (n=1) envers l'utilisation de la médication • manque d'options autre que la médication (n=2)	la médication doit être jumelée avec d'autres interventions (n=3) • enseignant en classe spécialisée est plus favorable envers la médication	• unanimité: médication doit être jumelée à d'autres interventions	• la médication est la seule approche d'intervention • unanimité sur l'efficacité de la médication	• pédiatre et pédo : médication doit être jumelée à un suivi compte tenu de la complexité du problème • pédiatre : utilisation accrue du Ritalin à cause du manque de ressources professionnelles à l'école
Information:	• unanimité : aucune information sur la médication	• les professeurs abordent le sujet de la médication en suggérant aux parents de consulter un médecin (n=3)	• possibilité de la médication est régulièrement soulevée avec les parents (n=7)	• parents sans information sur la raison et les effets de la médication (n=1)	• pédiatre informe les parents des effets secondaires
Critères de prescription ou de non prescription:				• si concordance des évaluations (n=1) • pour éviter transfert dans une classe spéciale (n=1) • la médication apparaît la moins pire solution (n=1) • pas de prescription de médication lorsque les enfants réussissent à l'école (n=1)	• pédiatre : pas de critères précis pour prescrire le Ritalin: effectue des essais thérapeutiques, présente la médication aux parents sous forme d'essai • pédiatre ne prescrit pas de médication dans plusieurs cas, est réticent à prescrire dans le cas où les enfants montrent un rendement académique acceptable ou sont au préscolaire
Effets positifs:	• la médication est positive (n=1) • augmentation de la concentration (n=2) • meilleure estime de soi (n=1)	• unanimité: tranquillise physiquement l'enfant	• augmentation de l'attention en classe (n=3) • modification des attitudes de l'enfant (n=1)	• augmentation de la concentration à l'école (n=2) • soutien complémentaire aux devoirs (n=1)	

SOUS-THÈMES	PARENTS	ENSEIGNANTS	INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	MÉDECINS	SPÉCIALISTES
Suivi après médication:		• bon dosage pas toujours facile à déterminer (n=1)		• absence de suivi sur les effets de la médication (n=1) • des médecins essaient d'assurer un certain suivi auprès des enfants (n=3) • suivi difficile parce que manque de collaboration des professeurs et des parents (n=2) • prescription du Cylert malgré la conscience de son hépatoxicité (n=1) (?)	• pédiatre et neuro : suivi est important au tout début de la médication, mais les spécialistes ne sont pas les principaux responsables de ce suivi • pédiatre et neuro utilisent d'autres médicaments afin d'enrayer les effets secondaires du Ritalin • neuro tout à fait contre cette polymédicamentation

THÈME LIENS ENTRE INTERVENANTS/ORGANISATION DES SERVICES : TOUS LES GROUPES

SOUS-THÈMES	PARENTS	ENSEIGNANTS	INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	MÉDECINS	SPÉCIALISTES
Contacts/rencontres:	• manque de concertation entre professionnels (n=2)	• unanimité : rencontres des parents à un moment donné du processus	• absence de concertation entre organismes et intervenants (n=2) • consultation avec l'enseignant avant de référer à d'autres professionnels (n=2) • concertation entre intervenants d'un même organisme (n=1)	• unanimité : les médecins se sentent isolés dans tout le processus : très peu de liens avec le milieu scolaire • processus d'évaluation escamoté dans la majorité parce que pas de liens avec intervenants de l'école (n=1)	• unanimité : contacts avec les professionnels de l'école : entretiens téléphoniques ou réunions • neuro n'assiste plus aux réunions avec les professionnels de l'école parce qu'ils présentent seulement des problèmes et aucune solution • pédiatre : membres de son équipe rencontrent parfois les professionnels de l'école
Travail d'équipe multi-disciplinaire:			• certains intervenants intégrés à une équipe de travail (n=3)	• médecins reconnaissent l'importance de l'évaluation psycho-sociale (n=4)	• pédo est d'avis que le rôle des spécialistes est essentiel à toutes les étapes du processus d'intervention
Ressources professionnelles:		• unanimité : manque de ressources professionnelles et pédagogiques • unanimité : processus d'évaluation très long par manque de ressources professionnelles à l'école	• unanimité: réduction des ressources professionnelles en milieu scolaire • pas de ressources spécialisées (n=1)	• manque de ressources professionnelles (n=1)	

THÈME SOLUTIONS : TOUS LES GROUPES

SOUS-THÈMES	PARENTS	ENSEIGNANTS	INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	MÉDECINS	SPÉCIALISTES
Connaissance de la nature du problème:	• sensibilisation des enseignants et professionnels aux problèmes des enfants (n=2)				
Approche générale d'évaluation:	• évaluation médicale devrait être plus rigoureuse (n=1)		• plus grande rigueur de l'évaluation (n=1)	• unanimité : retrait des neurologues car la source du problème n'est pas neurologique • rôle plus important des généralistes parce que: 1) confiance des parents en leur médecin (n=1); 2) c'est le rôle du médecin de prescrire; 3) le médecin connaît mieux la situation médicale de l'enfant (n=1) • intervention psychiatrique plus appropriée (n=1)	
Tests:				• avoir de meilleurs outils d'évaluation (n=1)	

ANNEXE 3

INSTRUMENT DE LA RECHERCHE QUANTITATIVE

L'ÉVALUATION ET L'INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DE DÉFICIT D'ATTENTION AVEC/SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH). ANALYSE DE LASITUATION ACTUELLE ET PISTES DE RÉFORME POUR DES SERVICES EFFICACES, CONCERTÉS ET CONTINUS

Questionnaire à l'intention des enseignants du primaire

Ne rien inscrire

Code postal : _____ |_|_|_|_|_|_| 1-6

1) Dans quel milieu scolaire enseignez-vous ?

école régulière ❑
école spécialisée ❑ |_| 7

2) Quelle classe enseignez-vous ?

classe régulière ❑
classe spécialisée ❑ |_| 8

3) Quel niveau enseignez-vous?

pré-maternelle ❑ maternelle ❑ 1ère année ❑ 2e année ❑
3e année ❑ 4e année ❑ 5e année ❑ 6e année ❑ |_| 9

4) Combien d'élèves y a-t-il dans votre classe ?

garçons _____ filles _____ nombre total _____ |_|_|_|_|_|_| 10-15

5) À votre connaissance , combien d'élèves dans votre classe prennent actuellement une médication stimulante (Ritalin, Cylert, Dexedrine) ?

garçons _____ filles _____ nombre total _____ |_|_|_|_|_|_| 16-21

De ce nombre, combien d'élèves en prennent pour :

un déficit de l'attention avec\sans hyperactivité _____ |_| |_| 22 – 23
autres problèmes _____ |_| |_| 24 – 25
je ne connais pas le problème en cause _____ |_| |_| 26 – 27

6) À votre avis, combien d'autres élèves dans votre classe bénéficieraient d'une telle médication ?

nombre _____ |_| |_| 28 – 29

7) Commentaires :

_____
_____
_____
_____

(Utiliser l'autre côté si nécessaire)

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

EVALUATION AND INTERVENTION WITH CHILDREN PRESENTING ATTENTION DEFICITS AND/OR HYPERACTIVITY : ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION AND PROPOSALS FOR EFFECTIVE, CONCERTED, AND CONTINUOUS SERVICES

Questionnaire for elementary school teachers

Do not write in this space

Postal code : _____ |_|_|_|_|_|_| 1-6

1) In what type of school do you teach ?

regular school ❑ |_| 7
special school ❑

2) Which type of class do you teach ?

regular class ❑ |_| 8
special class ❑

3) Which grade do you teach ?

pre-kindergarten ❑ kindergarten ❑ 1st grade ❑ 2nd grade ❑ |_| 9
3rd grade ❑ 4th grade ❑ 5th grade ❑ 6th grade ❑

4) How many students are there in your class ?

boys _____ girls _____ total _____ |_|_|_|_|_|_| 10-15

5) To you knowledge, how many students in your class currently take a stimulant medication (Ritalin, Cylert, Dexedrine) ?

boys _____ girls _____ total _____ |_|_|_|_|_|_| 16-21

Of this number, how many students take it for :

Attention deficit/hyperactivity disorder _____ |_| |_| 22 – 23
Other problem(s) _____ |_| |_| 24 – 25
I don't know which problem _____ |_| |_| 26 – 27

6) In your opinion, how many other students in your class would benefit from such a medication ?

number _____ |_| |_| 28 – 29

7) Comments :

_____
_____
_____
_____

(Continue on reverse if necessary)

THANK YOU FOR YOUR COLLABORATION

ANNEXE 4

DOCUMENTS JOINTS À L'INSTRUMENT DE RECHERCHE

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
LAVAL

Laval, le 6 janvier 1998

Objet : Projet " L'évaluation et l'intervention auprès des enfants présentant des troubles de déficit d'attention avec/sans hyperactivité (TDAH). Analyse de la situation actuelle et pistes de réforme pour des services efficaces, concertés et continus.

Chère collègue, cher collègue,

Nous sollicitons votre participation à l'étude citée en rubrique. Ce projet est mené par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Laval, la clinique pédiatrique Val-des-Arbres et le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention de l'Université de Montréal. Il est également appuyé par les quatre commissions scolaires de Laval, les quatre CLSC et l'Association québécoise des enfants avec troubles d'apprentissage.

L'étude porte sur la problématique du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Par cette démarche, nous tenterons de mieux connaître la situation actuelle sur l'ampleur du problème relié à la prise de médication stimulante et sur les modes d'organisation des services. Nous dégagerons par la suite, des pistes de réforme pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants au prise avec un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Le premier volet de l'étude recueillera les perspectives des parents, des enseignants, des intervenants psychosociaux, et des médecins par la méthode de focus group. Le second volet vise à déterminer la proportion d'enfants des écoles primaires des quatre commissions scolaires desservant le territoire de Laval qui consomment une médication stimulante. Des données à cet égard sont inexistantes présentement. Pour cette raison, votre collaboration nous est précieuse et nous vous invitons à remplir le bref questionnaire ci-joint.

Le questionnaire comporte sept questions et exige un minimum de temps à remplir. Il respecte l'anonymat et la confidentialité en n'identifiant ni l'enseignant répondant, ni les enfants qui prennent ces médicaments. Seul le code postal sera indiqué afin de vérifier le taux de réponse par commission scolaire et de bonifier l'interprétation des résultats, par l'analyse de certains facteurs de risque notamment le niveau socio-économique.

Le questionnaire nous sera retourné selon les modalités établies par votre commission scolaire. Nous désirons terminer la cueillette des données au plus tard le 6 février 1998.

Nous sommes confiants que des retombées du projet seront utiles pour aider à planifier un réseau de services multi-modaux efficaces, concertés et continus pour cette clientèle, leur famille et les intervenants impliqués. En vous remerciant à l'avance de votre collaboration, nous vous prions de recevoir l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Irma Clapperton, m.d.
Direction de la santé publique

IC/dc
p.j.

SANTÉ PUBLIQUE

800, BOUL. CHOMEDEY, TOUR A, 2ième ÉTAGE, LAVAL (QUÉBEC) H7V 3Y4
TÉL. : (514) 978-2000 TÉLÉC. : (514) 978-2100

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
LAVAL

Laval, January 6, 1998

Re : Research project on "Evaluation and intervention with children presenting attention deficits and/or hyperactivity: Analysis of the current situation and proposals for effective, concerted, and continuous services".

Dear colleague,

This letter solicits your participation in the above mentioned study, organized by the Direction de la santé publique of the Régie régionale de Laval, the Val-des-Arbres pediatric clinic and the Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention of Université de Montréal. The study is also supported by Laval's four school boards, four CLSCs as well as the Association québécoise des enfants avec troubles d'apprentissage.

The study focuses on the issue of attention deficit/hyperactivity disorder. We are trying to gain better knowledge on the scope of the problem, the proportion of children on stimulant medication, and the services they receive and need. We hope to suggest ways to improve how these children are evaluated and helped.

The first part of the study aims to obtain – in a "focus group" setting – the views of parents, teachers, psychosocial practitioners, and physicians. The second part aims to estimate the proportion of children attending Laval's elementary schools who take a stimulant medication. Such information does not currently exist. For this reason, your collaboration is greatly needed and we invite you to fill out the enclosed questionnaire.

The questionnaire includes a mere seven questions which will take less than two minutes to answer. Confidentiality and anonymity are assured, as neither the teacher nor the children receiving medication are identified. Only the postal code appears on the questionnaire, in order for us to determine the response rate by school commission and to analyze the results in light of various socio-economic factors.

The questionnaire will be returned to us according to modalities established by our own school commission. We hope to finish data collection by February 6, 1998.

We are confident that this study will help us plan for a network of effective, concerted and continuous multi-modal services for these children, for their families and for the various professional's involved with them. We thank you in advance for your precious help, and remain cordially yours.

Irma Clapperton, m.d.
Direction de la santé publique

IC/dc
p.j.

SANTÉ PUBLIQUE

800, BOUL. CHOMEDEY, TOUR A, 2ième ÉTAGE, LAVAL (QUÉBEC) H7V 3Y4
TÉL.: (514) 978-2000 TÉLÉC.: (514) 978-2100

ANNEXE 5

COMMENTAIRES OUVERTS DES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE DE LA RECHERCHE QUANTITATIVE

*Note: Ces commentaires sont reproduits ici seulement à titre indicatif. Ce sont les commentaires ouverts que les répondants au questionnaire fermé ont choisi d'écrire dans l'espace du questionnaire sous le titre "Commentaires" (voir **annexe 3**).*

Sur les 804 répondants, 199 (24,75 %) ont écrit un commentaire, en général de deux ou trois lignes. Les commentaires ont été transcrits sur traitement de texte. Nous les avons ensuite regroupés à l'intérieur des thèmes et sous-thèmes de l'étude qualitative. Nous les présentons ici dans cette catégorisation, mais sans autre interprétation.

I. IDENTIFICATION

1.1 Problèmes chez les enfants

Neuf répondants identifient des enfants qui manifestent les problèmes suivants, sans indiquer s'ils prennent ou non un médicament:

"Pour un déficit de l'attention sans hyperactivité (...)".
"Deux autres: un pour lunatisme, un pour trouble de concentration".
"One is hyperactive, two others very short attention span but no hyper".
"Quatre élèves avec troubles de comportement, d'attention, retard académique".
"Deux pour déficit de l'attention et un pour déficit de l'attention avec hyperactivité".
"(...) Ce fut mon cas l'an dernier où j'avais quelques cas de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité".
"Au moins deux autres, un gars et une fille. Mettons qu'ils sont "border line"".
"Un élève: non diagnostiqué".
"L'autre enfant a des problèmes neurologiques. Il n'est pas encadré".

Cinq répondants décrivent les comportements des enfants qui posent problème:

"Enfant qui parle tout le temps. Parle seul, bouge énormément, impulsif, on doit lui rappeler les consignes".
"(...) P.S. Groupe particulier cette année...Très agité, un certain manque d'immaturité et d'autres caractéristiques particulières pour plusieurs d'entre eux".
"Le temps moyen d'inattention de mes élèves est très, très court cette année. Les enfants bougent beaucoup, parlent beaucoup".
"Manque de concentration, distrait. Demande une attention excessive de l'enseignant. Est agité se tortille sur sa chaise. Fait des bruits inappropriés quand il ne faut pas. Souvent les doigts dans la bouche. Impertinent parfois. Fait la moue et boude. Impulsif. Mange ses crayons ou les casse".
"Ces élèves sont plus en retard que les autres dans leur travail. Ils ont constamment besoin d'être ramenés à leur tâche. Ils ont plus besoin de récupération que d'autres. Un de ces élèves vit plus de conflits aux récréations".
"Dans mon groupe, beaucoup d'élèves ont des troubles d'attention. Mais pour la majorité c'est parce qu'ils ne sont pas assez motivés, disciplinés ou éveillés et que l'on exige pas assez d'eux. Fournir des efforts leur semble très difficile".

"Peut-être un, il est présentement en évaluation".
"Cet élève vient d'être évalué et il sera recommandé à ses parents une visite chez le pédiatre car il présente plusieurs manifestations de déficit d'attention".
"Ces trois élèves ont été ciblés soit par l'orthodédagogue ou par l'éducatrice spécialisée. Un seul parent a été sensibilisé jusqu'à maintenant par une rencontre formelle".
"En ce moment, un de mes élèves est en consultation pour voir s'il n'aurait pas un déficit de l'attention. Les résultats devraient m'être apportés en février".
"Un enfant doit commencer à prendre du Ritalin depuis début janvier. Rendez-vous remis suivi à Prévost depuis 18 mois".

Deux répondants indiquent que des élèves auraient besoin d'être évalués.

"(Question 6) : ces trois élèves pourraient être évalués".
"(...) les autres devraient selon moi être vus par un neurologue pour diagnostiquer le déficit d'attention".

III. MÉDICATION PSYCHOSTIMULANTE

3.1 Enfants sous médication

Des répondants indiquent combien d'enfants présentent le TDAH et combien prennent un psychostimulant.

"Dans ma classe, j'ai six élèves présentant des déficits d'attention. Sur ce nombre un élève a pris du Ritalin à l'âge de 4 ans".
"I have had one or two students in previous years on a stimulant medication".
"L'année dernière, j'avais un garçon qui prenait du Ritalin et une fille qui prenait du Cyclert".
"I teach various classes...where there are students who take Ritalin. I know of approx. three students - all are boys".
"(...) deux enfants au Ritalin/année".

Un répondant mentionne qu'un enfant prend d'autres psychotropes.

"Un élève : syndrome de la Tourette. Médicament : novoclonidine /ORAP/ + autre".

Un répondant mentionne que deux enfants ont déjà pris du Ritalin, mais les parents ont décidé d'arrêter la médication.

"Trois des enfants de la classe ont déjà pris du Ritalin mais comme le déficit d'attention était sans hyperactivité, les parents préféraient ne pas poursuivre la médication".

Six enseignants soulignent que les enfants de leur classe ne manisfestent pas de problèmes appellant une médication.

"J'ai de bons vivants dans la classe, ils ne nécessitent pas de médication par contre".
"Enseignant dans une classe multi, les élèves de mon groupe ne représentent pas de difficultés d'attention ou de comportement. Ceci faisant partie des critères de sélection".
"Au cours de la présente année scolaire (97-98), je n'ai pas aucun élève présentant un déficit de l'attention avec/sans hyperactivité".

c) sur le plan de la concentration et la performance scolaire

"Connaissant le cas que j'ai présentement dans la classe, ce médicament l'a sauvé parce que sans médication, il ne pouvait fonctionner dans ses deux premières années scolaires. Il a amélioré son comportement, sa concentration".

"Les deux élèves qui sont sous médication le sont depuis trois ans. Lorsqu'ils ne prennent pas leur Ritalin, ils ont beaucoup de difficulté à se concentrer sur une tâche".

"Le Ritalin aide grandement deux élèves à se concentrer et à performer en classe".

"L'élève en question bénéficie grandement de cette médication (Ritalin). Son attention est accrue et son travail est mieux fait (propreté)(...)".

"In the past, my experience with students with HDHD who were put on Ritalin has been very impressive. The ability of these students to absorb information and complete tasks was greatly improved. Consequently, their academic achievement showed considerable growth".

"Très bénéfique pour cet élève de prendre du Ritalin. Ses résultats scolaires sont meilleurs. Son comportement s'est de beaucoup amélioré depuis qu'il prend ce médicament".

"En début d'année scolaire, cet élève ne prenait pas de Ritalin. Suite à la prise de médicament, sa capacité de concentration a augmenté".

"Pour cet élève, c'est bénéfique. Il était placé dans une classe spécialisée à effectif réduit (1-10). C'est la première année qu'il est intégré dans une classe régulière (...). Les nouvelles notions sont très bien réinvesties tandis que les notions des années antérieures se consolident petit à petit".

"Je remarque un gros changement lorsque ces élèves prennent leur médicament. Ils sont beaucoup plus à leur affaire et travaillent mieux".

"Le ritalin aide beaucoup cet élève à se concentrer sur le travail à faire. Il est maintenant capable d'accomplir des tâches calmement. Il est plus encouragé de venir à l'école car maintenant il accumule réussites sur réussites autant au niveau scolaire que comportemental".

d) sur l'estime de soi de l'enfant

"(...) Elle profite de mes commentaires positifs à son égard et l'estime d'elle-même grandit de jours en jours".

"(...) Il prend de plus en plus d'assurance. La confiance en lui fait de plus en plus sa place(...)".

e) sur la dynamique de groupe et sur la relation élève/enseignant

"Je suis d'accord avec ce médicament. Ceux qui en ont besoin et qui ont été dans ma classe, ça faisait tellement de bien pour l'enfant et les autres élèves".

"(...) I was never in favor of this (afraid), but with this student, I have changed my mind. Without this medication, this child cannot function in a regular class, as a teacher, I can't function with him in class".

3.3 Inefficacité de la médication sur les apprentissages des enfants

Quatre répondants estiment que la médication n'améliore pas la performance scolaire des élèves.

"Je remarque que le Ritalin n'est pas vraiment efficace pour cette élève qui démontre encore beaucoup d'agitation. D'ailleurs, nous approfondissons en ce moment cette question en étude de cas".

"(...) Pour une minorité d'entre eux, j'ai remarqué que la médication n'améliore rien".

"L'élève le prend à cause d'un déficit de l'attention, mais après 5 mois je ne vois pas de grands progrès".

"L'unique fille qui en prend dans ma classe le fait d'une façon non-continue. Cela ne l'aide pas vraiment. Selon moi, son problème est plus d'ordre affectif que neurologique".

3.5 Attitudes des parents vis-à-vis les problèmes de leurs enfants et la médication

Quatre répondants rapportent la difficulté des parents à accepter les problèmes de leur enfant ou à nier la gravité de la situation.

a) non acceptation des problèmes

"Dans le cas de l'autre élève, nous ne pouvons rien entreprendre car les parents nient le problème".
"Parents not willing to see and/or accept problem".
"Malheureusement les parents ne veulent pas voir de problèmes...alors pas de prise de médication".
"(...) L'autre garçon => père refuse l'évaluation psychologique (il présente plusieurs indices TDAH) ayant déjà une petite fille hyperactive (2ième année), les parents refusent d'admettre que la petite dernière présente des indices d'un déficit de l'attention avec hyperactivité".

b) refus de la médication par les parents

Des répondants évoquent les réticences des parents face à la médication psychostimulante.

"L'enfant qui selon nos observations aurait besoin de médication souffre d'un important problème d'attention avec hyperactivité. Les parents, par crainte, refuse la médication".
"Les parents de ces deux élèves ne veulent plus donner ce genre de médicament à leur enfant. Mais les deux souffrent réellement d'un très grand déficit d'attention et un avec hyperactivité et l'autre sans. Mais ces enfants ne sont pas bien dans leur peau. Ils ne sont pas heureux".
"Un de mes élèves a vraiment un déficit de l'attention mais les parents ne veulent pas de médication et l'enfant arrive à fonctionner avec de multiples rappels de ma part".
"Dommage que les parents soient aussi réticents face à ces médicaments. Si on les sensibilisait sur les bienfaits".
"L'enfant qui devrait prendre du Ritalin, a une prescription, mais les parents refusent".
"1 cas détecté = parents refusent la médication".
"Les informations (souvent erronées) qu'on peut trouver à ce sujet sur Internet découragent plusieurs parents à recourir à cette médication".
"Un garçon : parents refusent la médication prescrite".
"J'ai un élève qui aurait besoin de Ritalin, mais le père refuse".
"Il y a trois enfants qui ont été identifiés mais les parents refusent de donner la médication".
"Dommage que les parents aient si peur de donner une médication psychostimulante".
"Les parents refusent de le donner à une fille et à un garçon qui en bénéficieraient grandement".
"2/3 sont recommandés de prendre le Ritalin mais les parents refusent cette médication".
"Les parents craignent que leur enfant soit obligé de prendre des médicaments toute sa vie".
"Il pourrait y avoir trois garçons pour TDA avec hyperactivité et deux filles pour TDA sans hyperactivité. Les recommandations ont été faites mais les parents refusent".
"(...) Il est très difficile de sensibiliser de manière positive les parents à la médication et à l'encadrement ultérieur recommandé".

c) usage d'autres solutions médicales par les parents

Un enseignant rapportent que des parents utilisent les médecines douces.

"Le parent n'administrant pas de médication à causes des effets secondaires privilégie les médecines douces. Je ne vois cependant pas d'amélioration en classe".

"Dans ma classe, il y a deux garçons qui dénotent un déficit de l'attention. Ont-ils besoin de Ritalin? Peut-être...".

Quatre répondants évoquent que la médication pouvait être favorable.

"That child is very scattered and infocused. Possibly medication might increase concentration".
"Aucun même si certains en auraient grand besoin".
"Un garçon ne veut plus prendre son médicament, il dit qu'il se concentre mieux sans médicament, ce qui n'est pas le cas".
"J'ai un élève sur trois qui a arrêté de prendre du Ritalin. Il a un grand déficit d'attention".

3.7 Quand faire usage de la médication?

Les répondants identifient certaines conditions nécessaires avant d'utiliser une médication. Il s'agit : 1) qu'une évaluation soit réalisée pour s'assurer du bon diagnostic; 2) que d'autres interventions viennent s'ajouter à la médication; 3) que les enfants soient en situation d'échec scolaire; 4) que les enfants soient au moins au premier cycle du primaire.

a) après l'évaluation de la situation des enfants

Pour un répondant, les habitudes de vie des jeunes doivent être remises en question avant de prescrire une médication.

"On donne trop facilement ce médicament. Si on analysait attentivement comment le jeune se nourrit et s'il dort le nombre d'heures nécessaire à son bein-être et qu'il fait du sport (bien dirigé) au lieu de regarder ou jouer (télévision - ordinateur et jeux où on ne se sert que de manettes) il serait peut-être plus attentif en classe".

Quelques répondants estiment que la prescription est émise sans évaluation prodonde de la situation de l'enfant.

"Je pense que cette médication devrait être donnée en tout dernier lieu. Lorsque toutes les mesures d'évaluation ont été prises auprès des élèves concernés".
"Je suis d'accord avec le Ritalin quand tous les examens nécessaires ont été faits. Je crois, par contre, qu'il existe une cause extérieure à l'enfant dans plusieurs cas de déficit d'attention. Il serait important, selon moi, de tenter d'identifier ces causes pour mieux les traiter".
"(...) une plus grande connaissance des causes, des manifestations nous amènera peut-être à concevoir, proposer et utiliser de nouveaux moyens d'intervention".
"Je considère important de faire une bonne observation en classe et d'être appuyée par des professionnels qui sont habiletés à poser un "diagnostic"".
"Il est parfois trompeur de se fier seulement sur le déficit d'attention. Il faut tenir compte de la situation vécue à la maison et de l'intérêt que l'enfant a face à ses apprentiassages. Quelques élèves ne se sentent pas concernés dans le processus d'apprentissage et adoptent l'attitude nonchalante et c'est plutôt difficile de faire la démarcation du déficit d'attention. La prise de médication n'est pas la solution à tous les maux".

Certains demandent que des tests soient utilisés auprès des enfants.

"Un test devrait être passé avant de prescrire toute médication".
"Some children need intensive hearing tests".

d) pas de médication au niveau préscolaire

"Au préscolaire, je crois qu'à cette période de l'année (janvier) il est tôt pour connaître les réels besoins de l'élève, i.e. devrait-il avoir une médication?".

IV PROBLÈMES ET PISTES DE SOLUTION

4.1 Problèmes identifiés dans le processus d'intervention

Quelques répondants identifient des problèmes spécifiques à chaque étape du processus d'intervention.

a) sur le plan du dépistage

"Au préscolaire, le dépistage officiel est très long et s'organise pour l'entrée en première année. Avec la maternelle à temps plein, il serait bon d'intervenir plus tôt".

b) sur le plan de l'évaluation psychosociale

"Je déplore la longue attente avant que les élèves reçoivent un service en psychologie".

c) sur le plan du suivi auprès des enfants et des enseignants.

"I feel there is a great lack of support for these students and the classroom teacher in the regular classroom setting. Just giving these students medication is only the tip of the iceberg. Keeping them on task, organized, directed...requires much time and patience. Then when the day is ended reminding them about homework, items required for homework. All this takes valuable time away from the other students (...). The class does not receive Care or Free Flow. Some of the students asked Mr. X to help them on his time free".

"Ces deux élèves fonctionnent assez bien au préscolaire malgré un déficit de l'attention. Nous devront être vigilants auprès de ces élèves lorsqu'ils se retrouveront en première année. Comment réagiront-ils face à des apprentissages spécifiques?".

Un répondant se dit mal informé sur la médication.

"Je suis mal informé sur les effets et les raisons qui justifient cette médication...".

4.2 Pistes de solution: services à développer

Plusieurs pistes de solution sont identifiées par les répondants: (1) assurer un suivi auprès des enfants et des parents, en leur offrant du soutien et des solutions alternatives autres que la médication, (2) travailler en concertation avec les différents professionnels et les familles, (3) fournir davantage d'information aux enseignants pour favoriser un meilleur encadrement, (4) . réduire le nombre d'enfants dans les classes, (5) augmenter le nombre d'intervenants psycho-sociaux, (6) mieux évaluer les progrès scolaires.

a) assurer un meilleur suivi auprès des enfant et des familles

"Lorsque ces enfants doivent prendre de ces médicaments une action et un suivi en psychologie et ou familial devraient être déclenchés afin d'aider le plus efficacement possible dans un cheminement de contrôle de soi

h) réduire le nombre d'enfants dans les groupes/classe

"Des groupes moins nombreux faciliteraient l'attention de plusieurs élèves en déficit d'attention sans hyperactivité".
"Le nombre d'élèves dans une classe de maternelle ne devrait pas dépasser 18... et 12 ou 15 lorsqu'ils se présentent avec des troubles de comportement...encore plus difficile à gérer étant donné le jeune âge des enfants".
"Un nombre moins élevé d'élèves dans les classes améliorerait grandement la capacité d'attention des élèves".

i) mesurer les progrès scolaires des enfants

"(...) Il m'apparaît important de mesurer les progrès scolaires (ou non) des enfants utilisant le Ritalin. Ce serait une information utile pour aider les parents à choisi cette alternative. Ils sont si réticents... et je les comprends".

V. IMPORTANCE DE L'ÉTUDE EN COURS.

Enfin, deux répondants signalent l'importance de cette étude.

"Je suis contente de participer à ce questionnaire. Je trouve le problème assez important pour qu'on s'y arrête".
"Je suis très heureuse de constater que l'on se penche sur ce problème de déficit d'attention de plus en plus répendu".

RÉFÉRENCES

Alaton, S. (1996, 9 novembre). A pill for all reasons. The Globe & Mail, pp. D1, D3.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder – A handbok for diagnosis and treatment.* New York, Guilford Press.

Breggin, P.R. (1998). *Talking back to Ritalin.* Monroe. ME: Common Courage Press.

Brissette, Y. (1992). *L'enfant hyperactif: faisons-nous fausse route?* Psychologie préventive, 22, 9-16.

Castellanos et al. (1994). *Quantitative morphology of the laudate nucleus in attention dificit hyperactivity disorder.* Am. J. Physhiatry, 151(12): 1791-6.

Cohen, D. (1998, 3 juin). *Combien d'enfants prennent réellement du Ritalin?* Le Devoir, p. 6.

Cohen, D. & Collin, J. (1997). *La toxicomanie en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants.* GRASP et Comité de prévention des toxicomanies du Québec.

David, R.B. (1997). (Ed.). *Child and adolescent neurology.* St. Louis: Mosby Medical Publishing.

Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique.* Montréal: McGraw-Hill.

Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. (1998). National Institutes of Health Consensus Statement [Online], http: //odp.od.nih.gov/consensus/cons/110.

Diller, L.H. (1998). *Running on Ritalin: A physician reflects on children, society and performance in a pill.* New York: Bantam.

Doré, C., & Cohen, D. (1997). *La prescription de stimulants aux enfants "hyperactifs": une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants.* Santé mentale au Québec, 22, 216-238.

Drug Enforcement Administration (DEA) (1995). *Methylphenidate: A background paper.* Washington, DC: Drug and Chemical Evaluation Section, Office of Diversion Control, Drug Enforcement Administration. U.S. Departement of Justice.

Ernst, M. (1995). Neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. In K.G. Nadeau (Ed.), *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults* (pp. 95-117). New York: Brunner and Mazel, Inc.

Francis, E.E., Hemmat, J.P., Treloar, D.M., & Yarandi, H. (1996). *Who dispenses pharmaceuticals to children at school?* Journal of School Health, 66(10), 355-358.

Frankenberger, W., Lozar, B., & Dallas, P. (1990). *The use of stimulant medication to treat attention deficit hyperactive disorder (ADHD) in elementary school children.* Developmental Disabilities Bulletin, 18, 1-13.

Rees, A. (1998, February 26). *Shocking number of kids on drugs, provincial health officer concerned with ADHD diagnosis rate.* The Province (Vancouver), p. A13.

Reid, R., Hertzog, M., & Snyder, M. (1996). *Educating every teacher, every year: the public schools and parents of children with ADHD.* Seminars in Speech and Language, *17*: 73-90.

Runnheim, V.A., Frankenberger, W.R., Hazelkorn, M.N. (1996). *Medicating students with emotional and behavioral disorders and ADHD: A state survey.* Behavioral Disorders, 21(4): 306-314.

Safer, D.J., & Krager, J.M. (1983). *Trends in medication treatment of hyperactive school children: Results of six biannual surveys.* Clinical Pediatrics, 22(7): 500-504.

Safer, D.J., & Krager, J.M. (1984). *Trends in medication therapy for hyperactivity: National and international perspectives.* Advances in Learning and Behavioral Disabilities, 3: 125-149.

Safer, D.J., & Krager, J.M. (1994). *The increased rate of stimulant treatment for hyperactive/inattentive students in secondary schools.* Pediatrics, 94: 462-464.

Safer, D.J., Zito, J.M., & Fine, E.M. (1996). *Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s.* Pediatrics, 98: 1084-1088.

Searigth et al. (1995). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: assessment, diagnosis, and management.* J. Fam. Pract., 40(3): 270-9.

Sherman, C. (1998). *Stimulant prescribing rises for Medicaid children.* Clinical Psychiatry News, 26(9):14.

Simeon, J.G., Wiggins, D.M., & Williams, E. (1995). *World wide use of psychotropic drugs in child and adolescent psychiatric disorders.* Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 19: 455-465.

Stevens, P.E. (1995). *Focus groups: Collecting aggregate-level data to understand community health phenomena.* Public Health Nursing, 13: 170-176.

Stewart, D.W., Shamdasani, P.N. (1990). *Focus groups: Theory and practice.* Newbury Park, CA: Sage.

Swanson, J.M., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L.J., Lerner, M.A., et al. (1993). *Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder: A "review of reviews."* Exceptional Children, 60: 154-162.

Swanson, J.M., McBurnett, K., Christian, D.L., & Wigal, T. (1995). *Stimulant medications and the treatment of children with ADHD.* In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (eds.), Advances in clinical child psychology, volume 17 (pp. 265-322). New York: Plenum Press.

Szatmari, P., Offord, D.R., & Boyle, M.H. (1989). *Ontario Child Health Study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30: 219-230.

Tang, K.C., Davis, A. (1995). *Critical factors in the determination of focus group size.* Family Practice, 12, 474-475.

Tremblay, J. (1998, mai-juin). *Hors du Ritalin, plein de salut!* Nouvelles CEQ, 8-10.

H 13,583
Ex.2

E-2801

Cohen, D.
Clapperton, Irma et al.
RRSSS - DSP

Déficit d'attention/hyperactivité: perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants

DATE

ROOM

H 13,583
Ex.2