LES ENSEIGNANTS DU PRIMAIRE FACE AU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

par Caroline Couture

« L'hyperactivité? Ça n'existait pas quand j'étais jeune! Dans ce temps-là, les petits garçons avaient le droit d'être actifs sans qu'on leur colle une étiquette sur le dos! »

« Si les parents savaient comment appliquer une bonne discipline à la maison, on n'aurait pas tant d'enfants qui prennent du Ritalin dans nos classes... »

« Droguer des enfants parce qu'on n'est pas capable d'accepter qu'ils soient différents de la majorité... Où s'en va notre société? De nos jours, si tu n'entres pas dans le rang, on dit que tu es malade! »

« Depuis que Jean-François prend une médication les jours de classe, l'atmosphère est beaucoup plus agréable dans mon groupe; l'enfant apprend mieux et il commence même à se faire quelques amis. On a beau dire, la médication parfois ça peut aider... »

« Si on ne bourrait pas autant nos enfants de chocolat et de boissons gazeuses, il y aurait beaucoup moins de problèmes d'hyperactivité! »

N'est-ce pas là un échantillon des différents discours que l'on entend fréquemment lorsque la conversation dévie vers la controversée question du *trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité* auquel on accole maintenant l'acronyme TDAH? Autant d'opinions différentes, de croyances diverses vis-à-vis une même réalité : certains enfants, à cause de leurs comportements inattentifs , impulsifs ou hyperactifs, éprouvent des difficultés dans plusieurs sphères de leur vie. Les problèmes que l'on observe chez les enfants qui affichent ce type de comportement ainsi que les polémiques soulevées par la médication à laquelle on fait appel de plus en plus souvent pour les traiter sont tels que le TDAH est une problématique à propos de laquelle à peu près tout le monde a une opinion.

LES CROYANCES À PROPOS DU TDAH

Contrairement à ce que plusieurs pourraient penser, le TDAH n'est pas apparu durant les dernières décennies. En fait, les premières descriptions de problèmes du comportement s'apparentant au TDAH remonteraient au début du 20e siècle et furent consignées par un psychiatre nommé Still (1902, cité dans Barkley, 1998). Elles seront, par la suite, mentionnées dans plusieurs écrits scientifiques et différents noms ont été attribués à ces caractéristiques comportementales : déficit du contrôle moral, « minimal brain damage », hyperactivité, déficit d'attention, hyperkinésie, pour ne nommer que les plus populaires. Également, durant toutes ces années, divers facteurs ont été désignés comme causes possibles de ces comportements : mauvaise éducation, surconsommation de sucre, dommages au cerveau, intolérance du réseau scolaire, intoxication au plomb, allergies alimentaires, stress de la vie moderne, grande créativité, facteurs génétiques, conditions neurologiques, etc. Pour plusieurs de ces facteurs cependant, les études scientifiques n'ont pu démontrer quelque lien que ce soit avec le TDAH. À ce jour, ce sont les hypothèses reliant des facteurs génétiques et neurologiques aux causes probables du TDAH qui reçoivent l'appui du plus grand nombre de chercheurs. Il n'en demeure pas moins que plusieurs facteurs, dont le rôle n'a jamais été démontré scientifiquement, sont ancrés dans les croyances de plusieurs comme étant à l'origine du TDAH.

De pair avec les croyances sur les causes du TDAH, viennent celles sur les meilleures solutions pour diminuer les difficultés qui sont engendrées par ce problème. Le terme solution

est employé ici à dessein, car « traitement » ne conviendrait pas à certaines des solutions qui sont parfois suggérées. Ainsi, certains jugeront que la médication stimulante (Ritalin) demeure la solution par excellence, alors que d'autres proposeront des solutions relevant de techniques éducatives ou de gestion du comportement et d'autres encore suggéreront de modifier la diète de l'enfant ou d'avoir recours à des médicaments homéopathiques.

Curieux de connaître comment les différentes croyances qui circulent dans la population à propos du TDAH peuvent se refléter dans le milieu scolaire au Québec, nous avons mené, en 2001, une étude qui visait à décrire les croyances de nos enseignantes et enseignants du primaire concernant ce trouble.

CADRE CONCEPTUEL

Pour les besoins de notre étude, nous avons eu recours à une typologie des croyances envers le TDAH qui avait été développée antérieurement par Katherine Bilton (1996), une chercheure britannique. C'est à partir d'entrevues avec des enseignants et des médecins et d'une recension approfondie des écrits portant sur le TDAH qu'elle en était arrivée à décrire plusieurs catégories de croyances envers le TDAH. Nous avons, pour notre part, repris cinq des catégories décrites par Bilton (Couture et al., 2002), dont voici une brève description :

MORALE-ÉTHIQUE

Les personnes qui adhèrent à ce type de croyances considèrent que les symptômes du TDAH sont des comportements intentionnels de la part de l'enfant et qu'ils illustrent un déficit moral. Ces personnes privilégient des interventions de type punitif plutôt que des solutions médicales ou psychosociales. Une réflexion typique de cette catégorie de croyances est : « S'il voulait bien se comporter, il le pourrait. C'est pratique de dire qu'on est hyperactif quand on ne veut pas se forcer! »

MÉDICALE-ALLOPATHIQUE

Selon cette catégorie de croyances, on explique les symptômes du TDAH comme étant la conséquence d'un problème d'ordre biologique (souvent neuropsychologique) et on croit qu'ils se situent hors du contrôle conscient de l'individu. Les traitements médicaux seront privilégiés. Réflexion typique : «Ce n'est pas qu'il ne veut pas, mais il ne peut pas demeurer attentif, il a des problèmes neurologiques. Lorsqu'il prend sa médication, on voit tout de suite la différence! »

SOCIOCULTURELLE

Les personnes qui adoptent ce point de vue estiment que les difficultés associées au TDAH résultent de situations problématiques dans le contexte environnemental de l'enfant, par exemple dans sa famille ou à l'école. Les interventions privilégiées sont celles qui visent une modification du milieu de vie plutôt qu'un changement chez l'enfant lui-même. Réflexion typique : « Si j'avais grandi dans une famille comme la sienne, je serais hyperactive moi aussi! Si au moins ses parents étaient capables de lui imposer des limites, il apprendrait à se contrôler un peu… »

MÉDICALE-ALTERNATIVE

Si on analyse la question selon cette optique, le TDAH s'explique par des influences environnementales telles une alimentation déficiente, des allergies ou des causes biologiques qui ne sont pas démontrées scientifiquement par la médecine traditionnelle. Ainsi, on privilégiera des traitements qui sont issus de différents courants de médecine alternative. Réflexion typique : « Avec toute la pollution qu'il y a dans l'air et le sol, on ne doit pas s'étonner de voir que nos enfants ont de la difficulté à se concentrer… Donnons-leur un milieu de vie sain et on verra la différence que ça fait! »

COGNITIVE-POLITIQUE

Certaines personnes situent la problématique du TDAH à l'extérieur de l'individu. Elles estiment que les jeunes chez qui on a diagnostiqué un TDAH présentent des différences réelles; ces différences ne deviennent problématiques que lorsque la société qui entoure ces jeunes les dévalorise et est intolérante face aux différences, utilisant alors des étiquettes comme le TDAH à des fins de contrôle social. Donc, les seuls traitements acceptables sont la compréhension, l'adaptation des milieux et un ajustement des attentes de ces derniers. Réflexion typique : « Saint-Exupéry et Einstein étaient des hyperactifs! Si on les avait drogués, on serait peut-être passé à côté de grands talents! Pourquoi ne pas être plus tolérants avec les enfants différents au lieu de toujours vouloir les faire entrer dans un moule? »

Chaque personne possède des croyances appartenant à plusieurs de ces catégories. Cependant, selon les individus, les croyances d'une ou deux catégories particulières seront prépondérantes et influenceront leurs façons de réagir face aux enfants qui présentent des difficultés associées au TDAH.

Les croyances des enseignantes et des enseignants proviennent de plusieurs sources : leurs convictions personnelles, des points de vue lus ou entendus dans les médias populaires, la formation qu'ils ont reçue sur le sujet, leurs expériences passées avec ce type d'enfants, etc. Dans le contexte de notre projet, en plus de décrire les croyances des enseignants, nous avons également voulu vérifier si leurs caractéristiques personnelles, leur formation et leurs expériences vécues auprès d'élèves qui manifestaient un TDAH avaient pu influencer leurs croyances.

Pour effectuer notre étude, nous avons fait parvenir un questionnaire, par courrier, à 1 000 enseignants québécois francophones du primaire. On demandait aux enseignantes et aux enseignants de répondre à ce questionnaire qui comportait 20 énoncés permettant de tracer leur profil et 34 énoncés portant sur leurs croyances à l'égard du TDAH, en se référant à leurs impressions générales sur le sujet. L'enseignant devait indiquer son opinion concernant chacun des énoncés, selon une échelle de quatre niveaux allant de « *tout à fait d'accord* » à « *tout à fait en désaccord* ». Trois cent vingt-trois questionnaires auxquels les personnes avaient répondu nous ont été retournés et ont constitué l'échantillon de notre étude.

RÉSULTATS

Ainsi que l'illustre la figure 1, les résultats obtenus montrent que c'est aux croyances relevant de la catégorie médicale-allopathique (le TDAH est un problème médical et les meilleures solutions proviennent de la médecine) que les enseignantes et enseignants du primaire adhèrent le plus souvent, alors que les croyances les moins populaires sont celles appartenant à la catégorie morale-éthique (le TDAH reflète un manque de volonté de la part du jeune, qui a besoin que l'on soit ferme envers lui). Les trois autres catégories de croyances affichent des fréquences d'adhésion très semblables et d'intensités intermédiaires (Couture et autres, 2003).

Il n'est pas très surprenant de retrouver parmi les plus fortes, les croyances attribuant le TDAH à des causes biologiques, puisqu'il s'agit du courant de pensée le plus présent actuellement en Amérique du Nord et celui qui est le plus appuyé scientifiquement. La fréquence du recours à la médication pour traiter le TDAH est d'ailleurs un indice de la popularité de ce type de croyances dans notre société.

LE TDAH, UN PROBLÈME BIOLOGIQUE. OUI, MAIS…

S'il est vrai que les facteurs biologiques associés au TDAH sont ceux pour lesquels la littérature scientifique présente le plus d'appuis et que plusieurs experts s'accordent sur leur rôle prépondérant dans l'apparition de ce

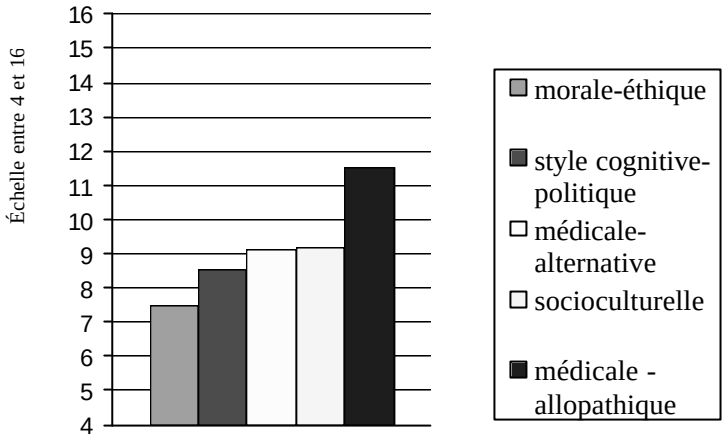
trouble, il nous semble hasardeux de considérer surtout ces facteurs pour l'expliquer. En fait, comme le montrent plusieurs études, même si le TDAH est à la base un problème d'ordre neuropsychologique, il n'en demeure pas moins que plusieurs éléments du contexte dans lequel évolue le jeune qui démontre un TDAH jouent un rôle important sur l'incidence que les difficultés neuropsychologiques auront sur sa vie et sur son entourage. Ainsi, il est important pour les éducateurs qui s'occupent de cet enfant (les parents et les enseignants, en particulier) de remettre en question leurs pratiques éducatives ainsi que les caractéristiques du milieu de vie qui est offert à l'enfant afin d'optimiser leur concordance avec les caractéristiques de ce dernier. Par exemple, les études montrent que le jeune atteint d'un TDAH bénéficie grandement d'un milieu de vie très structuré et prévisible, qu'il a besoin de recevoir fréquemment des rétroactions positives et surtout de façon plus immédiate que la plupart de ses pairs, pour arriver à maintenir son attention sur une tâche ou à suivre les consignes dans une situation donnée (Pfiffner et Barkley, 1998; Swanson, 1992).

Lorsque nous constatons la fréquence des croyances allopathiques médicales chez les enseignants, nous craignons qu'en considérant que la source du problème est principalement de nature médicale, les enseignants aient l'impression qu'ils n'ont pas la capacité d'influencer son cours. L'écueil de ce type de croyances pourrait donc être que les enseignants qui associent aussi fortement le TDAH à une condition biologique considèrent qu'ils disposent de peu de moyens pour améliorer le sort de l'enfant, outre de proposer à ses parents de lui offrir une médication. Nous savons au contraire que les enseignants peuvent faire beaucoup dans leur classe pour favoriser une meilleure adaptation et la réussite scolaire aux jeunes atteints de TDAH et que les moyens d'intervention qu'ils mettront en place pourront faire une grande différence dans la vie de ces enfants, que ceux-ci reçoivent ou non une médication (DuPaul & Eckert, 1997). Ainsi, on sait que la mise en place d'un système de communication quotidien entre l'enseignant et les parents du jeune est un moyen d'intervention très efficace. Ce système permet à l'enfant de recevoir à la maison des récompenses pour avoir atteint en classe les objectifs scolaires ou comportementaux qui avaient été fixés lors d'une rencontre préalable entre l'enseignant, les parents et lui-même (Barkley, 1998).

LE TDAH ET LA MÉDECINE ALTERNATIVE

Un aspect un peu surprenant des résultats que nous avons obtenus est l'appui relativement important que reçoivent les croyances de la catégorie médicale-alternative, c'est-à-dire celles qui lient le TDAH à des causes environnementales, telles que la pollution ou une mauvaise alimentation. En effet, dans la littérature scientifique que nous avons consultée, ce type d'explications et les traitements qui y sont associés ne reçoivent que très peu d'appui. Sur cette base, nous nous attendions à ce que l'adhésion des enseignants aux croyances relevant de la médecine alternative soit plus faible que celle que nous avons en fait observée. Nos résultats confirment plutôt que les croyances des enseignants sont issues de plusieurs sources et que, entre autres, elles sont influencées de façon assez importante par les informations transmises dans les médias populaires et par le bouche à oreille, puisque c'est par des procédés de cette nature que ce type de croyances est le plus souvent véhiculé.

Figure 1 : Force de chaque type de croyances



DES CROYANCES MITIGÉES DANS LA POPULATION ENSEIGNANTE

Les données obtenues nous permettent également de faire ressortir une autre réalité : les enseignantes et enseignants du primaire ont des croyances partagées sur la question du TDAH. En effet, pour la grande majorité des énoncés du questionnaire, leurs réponses se distribuaient entre les quatre niveaux allant du désaccord total à l'accord total avec l'énoncé. Le tableau 1 présente d'ailleurs quelques sujets sur lesquels les opinions des enseignants étaient très partagées. Puisque les croyances des enseignants sont susceptibles d'influencer leurs pratiques envers les élèves qui présentent un TDAH (Fang, 1996), nos résultats suggèrent donc que les pratiques éducatives utilisées avec ces jeunes varient grandement selon la personne qui leur enseigne. Comme enseignant, le fait de se questionner sur les croyances que l'on possède sur le TDAH peut déjà être un premier pas menant vers une réflexion plus approfondie de ses pratiques avec les élèves qui présentent cette problématique. Par exemple, nous croyons que les enseignants qui étaient en accord avec l'énoncé « *Changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement pourrait réduire l'incidence du TDAH* » sont plus susceptibles de se remettre en question et de mettre en place des stratégies qui favoriseraient l'intégration des jeunes atteints d'un TDAH que ceux qui n'étaient pas d'accord avec cet énoncé. Cette hypothèse fait d'ailleurs partie des éléments que nous voulons vérifier dans nos prochains travaux de recherche.

Tableau 1 : Énoncés sur lesquels les avis étaient très partagés.

	Accord	Désaccord
Changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement pourrait réduire l'incidence du TDAH.	46 %	54 %
Ce qu'on appelle « TDAH » est souvent une réponse aux conditions sociales et aux exigences de la famille et du milieu scolaire.	54 %	46 %
Le TDAH est un problème médical requérant un traitement médical.	60 %	40 %
Les problèmes causés directement par le TDAH diminueront en conséquence directe à un meilleur régime alimentaire et à de l'exercice physique.	56 %	44 %
Le diagnostic du TDAH transforme arbitrairement des différences humaines réelles en un trouble, par la façon dont il les définit et les étiquette.	45 %	55 %
Un enjeu majeur concernant les personnes avec un TDAH est que la société ne valorise pas leurs différences de tempérament et de personnalité.	49 %	51 %
Dans le contexte actuel, la médication est sur-utilisée auprès des élèves des écoles primaires et secondaires qui présentent les symptômes du TDAH.	44 %	56 %

EXPÉRIENCES ET FORMATION DES ENSEIGNANTS

En plus de décrire les croyances des enseignants au sujet du TDAH, notre recherche a été l'occasion d'explorer quelles étaient les expériences de ces derniers avec les élèves qui présentent ce trouble de même que la formation qu'ils avaient reçue sur la problématique. Nous avons ainsi pu constater que 87 % des répondants avaient eu à enseigner à au moins un jeune présentant un TDAH au cours des deux années précédant l'étude et qu'un pourcentage d'entre eux presque aussi grand (80,5 %) avaient enseigné à au moins un jeune qui recevait une médication pour traiter un TDAH. En outre, près de la moitié des enseignantes et des enseignants interrogés avaient eu plus de trois élèves atteints d'un TDAH dans leur classe durant cette même période. C'est donc dire que presque tous les enseignants du primaire seront amenés, au cours de leur carrière, à enseigner à des élèves qui présentent un TDAH. Il est donc pertinent de se demander si les enseignants se sentent bien préparés pour enseigner à ces jeunes. La réponse que nous avons obtenue à la question « *Est-ce qu'une formation additionnelle sur l'évaluation et le traitement du TDAH pourrait vous être bénéfique?* » semble apporter une partie de la réponse, puisque 95 % d'entre eux ont répondu par l'affirmative.

Un regard plus précis sur la formation que les enseignants disent avoir obtenue concernant le TDAH montre que plus des trois quarts d'entre eux (77 %) n'avaient reçu que très peu ou pas d'information sur le sujet au cours de leur formation initiale et que seulement 7 % l'avaient étudié assez en profondeur. En analysant les réponses en fonction du nombre d'années d'expérience en enseignement, on constate que les enseignants dont la formation est plus récente ont reçu un peu plus d'information sur le TDAH que ceux dont la formation remonte à plusieurs années. Cependant, l'évolution semble très lente. Bien entendu, ceux et celles qui n'ont pas beaucoup appris sur la question du TDAH durant leur formation initiale pourront peut-être acquérir des connaissances sur le sujet au cours de formations offertes aux enseignants en emploi. Parmi nos répondants 38 % des enseignants avaient profité d'au moins une brève formation de ce type sur le TDAH. Toutefois, même en combinant formation continue et formation initiale, on constate qu'encore 51 % des enseignants n'ont pas ou ont très peu eu de formation concernant le TDAH.

UNE FORMATION À REPENSER?

Compte tenu de la fréquence à laquelle les enseignantes et les enseignants sont appelés à enseigner à des élèves qui ont un TDAH et en considérant l'importance de leur rôle pour la réussite scolaire et sociale de ces enfants, il est déplorable, croyons-nous, qu'ils n'aient pas reçu plus de formation pour les préparer à accomplir une telle tâche. Nous espérons, par ailleurs, que de pareilles données conduiront les facultés d'éducation des universités québécoises à prendre conscience de cette situation et à revoir leurs programmes de formation des maîtres pour s'assurer que les enseignants qui en sortent soient minimalement prêts à offrir aux jeunes de leur classe qui présentent un TDAH un milieu et des conditions qui favoriseront leur réussite scolaire en tenant compte de leurs caractéristiques et de leurs besoins. En outre, pour faire suite aux recommandations du comité conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central, qui a déposé un rapport en 2000, le ministère de l'Éducation du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux mettront bientôt en branle un vaste mouvement de formation sur le TDAH. Il est à souhaiter que ce programme atteigne ses objectifs et qu'il pourra rejoindre les enseignants en leur proposant une formation adaptée à leurs besoins et à leur réalité quotidienne, et ce, parce qu'ils seront souvent appelés à enseigner à des enfants dans des conditions qui, au premier abord, ne sont pas des plus favorables à leur réussite.

Étant donné ce que nous avons appris sur les croyances des enseignants au sujet du TDAH, il nous apparaît qu'une telle formation devrait, entre autres, être en mesure de leur faire prendre conscience des limites de l'approche médicale allopathique (ou biologique) pour expliquer le TDAH et surtout, pour traiter les difficultés qui y sont associées. Par ailleurs, une formation continue destinée aux enseignants devrait tenir compte du fait illustré plus haut, soit que près de la moitié d'entre eux semblent ne pas considérer que leurs pratiques éducatives peuvent avoir une influence sur l'incidence du TDAH dans la vie des jeunes. Tout en transmettant des connaissances à ces personnes, il sera alors essentiel de favoriser une prise de conscience sur le rôle important qu'elles ont à jouer pour favoriser la réussite scolaire et l'adaptation sociale des enfants qui ont un TDAH.

Une panoplie de moyens sont disponibles pour les enseignants qui veulent atteindre ces buts lorsqu'ils ont dans leur classe un jeune démontrant un TDAH et, selon les caractéristiques propres à chaque enfant et à chaque situation, l'enseignant devrait être formé de façon à pouvoir décider lequel ou lesquels de ces moyens il peut utiliser pour aider son élève. On peut penser, entre autres choses, à apporter des modifications à la façon de présenter les tâches, à adapter ses exigences de production aux capacités du jeune, à changer l'organisation physique de sa classe, à utiliser des moyens de communication plus efficaces

avec la famille, à mettre en place un système d'autoévaluation avec le jeune ou à proposer une liste de renforçateurs auxquels le jeune aura accès, à l'intérieur d'un programme d'économie de jetons ou autrement.[1]

On pourra également amener les enseignantes et les enseignants à réaliser comment leurs attitudes et leurs pratiques en tant qu'éducateurs pourront réellement avoir un impact important dans la vie de ces jeunes et dans celle de leur famille. Ainsi, sans enlever au jeune, à sa famille ou à l'enseignant leur part de responsabilité dans une situation problématique, une attitude basée sur la recherche de solutions pour favoriser la réussite du jeune plutôt que sur la recherche de coupables pourra favoriser un climat positif propice à cette réussite tant souhaitée!

Mme Caroline Couture est professeure adjointe au secteur psychoéducation de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BARKLEY, R.A. *ADHD : A handbook for diagnosis and treatment*, 2nd edition, New York, Guilford Press, 1998.

2. BILTON, K. *Teachers' orientations to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A survey of Teachers' and Physicians' attitudes towards ADHD in the UK*, mémoire non publié, University of Oxford, United Kingdom, 1996.

3. COUTURE, C. et autres. « ADHDOS : Un instrument de mesure des croyances des enseignants à l'égard du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) », *Mesure et évaluation en éducation*, vol. 25, 2002, p. 1-18.

4. COUTURE, C. et autres. « Expériences et croyances des enseignants québécois francophones du primaire en lien avec le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité », *Revue de psychoéducation*, vol. 32, n° 2, 2003, p. 225-247.

5. DUPAUL, G.J. et T.L. ECKERT. « The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis », *School Psychology Review*, vol. 26, n° 1, 1997, p. 5-27.

6. FANG, Z. « A review of research on teacher beliefs and practices », *Educational Research*, vol. 38, 1996, p. 47-65.

7. PFIFFNER, L.J.B. et R.A. BARKLEY. *Treatment of ADHD in school settings*, dans R.A. Barkley, *ADHD: A handbook for diagnosis and treatment*, 2nd edition, New York, Guilford Press, 1998.

8. REID, R. « Attention deficit hyperactivity disorder: Effective methods for the classroom », *Focus on Exceptional Children*, vol. 32, n° 4, 1999, p. 1-20.

9. SWANSON, J.M. *School-based assessments and interventions for ADD students*, Irvine CA, K.C. Publishing, 1992.

---

[1] Les enseignants qui voudraient en savoir plus sur ces différentes techniques sont invités à lire le texte deR. Reid, cité dans les références bibliographiques.