



**Perception de soi et auto-estime d'enfants
diagnostiqués comme présentant un
trouble déficitaire de l'attention avec ou
sans hyperactivité (TDA/H) et ayant arrêté
la prise de Ritaline® pour un autre
médicament**

Mémoire de fin d'études à la HEP-VS

Auteure :
Morard Caroline

Directrice du mémoire :
Cusin Catherine

St-Maurice, février 2013

Remerciements

Avant de se plonger dans le cœur même de ce mémoire, je tiens à remercier les personnes suivantes :

- Madame Catherine Cusin, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son suivi, son soutien et ses précieux conseils tout au long de ce travail.
- L'association Suisse romande de parents et d'adultes concernés par le trouble du déficit d'attention/hyperactivité (ASPEDAH), pour sa collaboration et son aide dans la recherche d'informations et de témoignages.
- Les six personnes interrogées, pour avoir accepté de me consacrer une partie de leur temps pour répondre à mes questions.
- Ma famille et mes proches, pour leur aide, leur soutien et leurs encouragements durant toute la durée de réalisation de ce mémoire.

Résumé

Depuis plusieurs années, dans les médias, nous entendons parler d'enfants hyperactifs et de Ritaline®, médicament le plus utilisé pour soigner ce trouble. Cette thématique soulève de nombreux débats étant donné que ces différents concepts sont relativement récents et que nous n'avons que peu d'éléments quant aux effets à long terme de la Ritaline®.

Dans ce travail, nous essayons de mieux comprendre un aspect du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Nous nous penchons sur la relation qui existe entre l'arrêt de la prise de Ritaline® pour un autre médicament et l'estime de soi d'enfants diagnostiqués TDA/H. Nous souhaitons analyser si cet arrêt influence d'une quelconque manière leur propre estime.

Afin de réaliser ce travail nous avons formulé plusieurs questions de recherche qui nous permettent d'aborder la problématique sous divers aspects.

Pour répondre à nos questions, nous avons interrogé différents acteurs ayant vécu le changement de médicament, à savoir deux enfants, un de leurs parents et leur enseignant respectif.

Les résultats obtenus montrent tout d'abord que le choix de prise et d'arrêt de Ritaline® ne découle pas directement des représentations que les parents ont de leur enfant, mais plutôt de la situation. Il est également ressorti que les changements de perception des différents acteurs vis-à-vis de l'enfant diagnostiqué TDA/H amènent ces derniers à modifier leurs actions. Ce réajustement peut avoir un impact sur l'estime de soi de l'enfant. De plus, les comportements liés à ce trouble amènent les parents et les enseignants à redéfinir leurs stratégies.

Cette recherche se veut une étude d'un point de vue humain du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Elle ne cherche pas à énoncer des pistes didactiques ou à analyser des représentations face au trouble, mais tente d'améliorer la compréhension du vécu et du ressenti de ces enfants.

Mots-clés :

- Inattention
- Hyperactivité
- Ritaline
- Perception de soi
- Estime de soi

Table des matières

Remerciements	1
Résumé.....	2
1 Introduction.....	5
2 Problématique.....	6
2.1 Définition de la thématique des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).....	6
2.2 Justification et importance du problème	8
2.3 État de la question	9
2.4 Contexte de la recherche	10
2.5 Angle d'attaque.....	11
3 Cadre conceptuel.....	12
3.1 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.....	12
3.2 Traitement médicamenteux : la Ritaline®.....	16
3.3 Représentations.....	17
3.3.1 Annonce du diagnostic.....	18
3.4 Perception de soi, estime de soi et confiance en soi	19
4 Questionnement	22
5 Méthode.....	24
5.1 Méthode.....	25
5.2 Échantillon	26
5.3 Dispositif mis en place pour la récolte des données.....	26
5.4 Points forts et limites de la méthode	27
5.5 Protection des données et considérations éthiques	27
6 Analyse des données	27
6.1 Rapport à soi-même des enfants diagnostiqués TDA/H.....	28
6.1.1 Représentations des enfants eux-mêmes	28
6.1.2 Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)	29
6.1.3 Synthèse des représentations des divers interrogés	29
6.2 Rapport au diagnostic	30
6.2.1 Représentations des enfants eux-mêmes	30
6.2.2 Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)	30
6.2.3 Synthèse des représentations des divers interrogés.....	31
6.3 Rapport au traitement médicamenteux	31

6.3.1	Représentations des enfants eux-mêmes	31
6.3.2	Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)	32
6.3.3	Synthèse des représentations des divers interrogés	33
6.4	Rapport à l'arrêt de la prise de Ritaline® pour la prise d'un nouveau médicament	33
6.4.1	Représentations des enfants eux-mêmes	33
6.4.2	Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)	34
6.4.3	Synthèse des représentations des divers interrogés	35
7	Interprétation des résultats	35
8	Conclusion	39
8.1	Distance critique	39
8.2	Prolongements	42
9	Références bibliographiques	43
10	Attestation d'authenticité	46
11	Annexes	47
11.1	Annexe I : Guides d'entretien	48
11.1.1	Guide d'entretien à l'attention des enfants	48
11.1.2	Guide d'entretien à l'attention des parents	50
11.1.3	Guide d'entretien à l'attention des enseignants	51
12	Tableau de traitement des données	52
12.1	Tableau de traitement des données (élèves)	52
12.2	Tableau de traitement des données (parents)	58
12.3	Tableau de traitement des données (enseignants)	63

1 Introduction

Notre travail de recherche traite de la perception de soi des enfants diagnostiqués comme manifestant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), souvent désignés « hyperactifs » dans le langage courant. Nous expliciterons la distinction entre ces deux termes lorsque nous aborderons le cadre conceptuel de ce travail.

Notre intérêt pour les enfants TDA/H est né lors de la conférence du Docteur Olivier Revol intitulée « Haut potentiel et hyperactivité » (le 11 novembre 2010, à Sion). Lors de cette dernière, nous avons pris connaissance de l'existence de ce trouble et de la souffrance possible qui peut habiter ces enfants. En effet, ils se sentent souvent différents de leurs camarades du même âge, mais aussi exclus de leur entourage. Nous nous sommes également rendu compte que ces enfants ont de la peine à s'intégrer, notamment à l'école. Il est important que les enseignants aient conscience des difficultés de ces élèves afin d'arranger au mieux la classe, mais également de prévoir des consignes et des activités adaptées. N'oublions pas qu'il est du devoir des enseignants, en référence au cahier des charges du personnel enseignant des degrés enfantins et primaires, d'aider les enfants dans leur développement par des mesures appropriées mais également d'adapter leur enseignement aux différentes facultés d'apprentissage des élèves (Département de l'éducation, de la culture et du sport [DECS], 2006, pp. 6-7).

Suite à cette conférence, nous nous sommes posé bon nombre de questions au sujet des enfants diagnostiqués TDA/H. En tant que future enseignante, il nous paraissait primordial de connaître la posture à adopter face à ces élèves. Il est vrai qu'un enseignant doit établir un climat de classe favorable et faire respecter les règles de discipline, mais comment réagir face à un élève qui éprouve de grosses difficultés à rester calme et concentré ? Le réprimander à chaque écart ou ne pas accorder trop d'importance à ses comportements inadéquats ? En d'autres termes, faut-il traiter un enfant TDA/H comme tout autre enfant ? Dans sa conférence, le Docteur Revol avait souligné les difficultés d'intégration rencontrées par ces élèves. Cet élément nous a également fait réfléchir. Que peut faire un enseignant afin de faciliter leur vie scolaire et sociale ? Faut-il expliquer aux autres enfants le trouble dont souffre leur camarade ? Une telle explication ne pourrait-elle pas venir péjorer la situation de cet élève, puisqu'elle insiste sur sa différence ? Toutes ces questions nous préoccupaient car nous n'avions que des bribes de réponses.

Nous voulions alors accroître nos connaissances sur le sujet et, si possible, trouver des éléments de réponse à nos questions. Nous nous sommes donc inscrite au cours dispensé par la HEP-VS « Elèves à besoins particuliers (HP-TDA/H) ». Durant cette semaine consacrée à ces enfants, nous avons effectué diverses lectures, mais également eu l'occasion de visionner quelques reportages principalement consacrés aux traitements disponibles pour soigner le TDA/H. Nous avons pu remarquer que la prescription d'un traitement médicamenteux soulevait bon nombre de questions et que certaines d'entre elles demeuraient encore actuellement sans réponse. Lors de ce cours, nous avons également suivi deux conférences de psychologues intervenant sur le terrain. Grâce à leurs interventions, nous avons eu un aperçu concret de ce qui se passait dans les différentes classes et des aides extérieures proposées à ces enfants. Ces deux présentations nous ont fait prendre conscience d'une réalité à laquelle nous allons être probablement confrontée le jour où nous aurons une classe.

Dès lors, nous avons décidé d'approfondir le thème des enfants TDA/H, mais il nous fallait un angle particulier afin de cerner au mieux le sujet. Nous y avons réfléchi et nous sommes posé plusieurs questions. Nous en avons ensuite discuté avec notre entourage. Un de nos proches, diagnostiqué hyperactif durant son enfance, nous a alors expliqué son ressenti par rapport à la prise d'un traitement médicamenteux, la Ritaline®. Il a vécu

ce traitement comme une perte de personnalité. En effet, il n'avait plus l'impression d'être lui-même lorsqu'il prenait son médicament, il ne se reconnaissait plus. Toutes les réactions qui faisaient partie de sa personnalité n'étaient plus présentes, et il avait en quelque sorte l'impression d'être « un autre ». Ces différents ressentis l'ont conduit à mettre un terme à son traitement. Son témoignage nous a extrêmement touchée et nous a fait réfléchir. Suite à cette discussion, nous nous sommes orientée sur les sentiments et les ressentis des enfants TDA/H, et plus particulièrement la perception de soi, tout en voulant examiner le lien éventuel entre cette dernière et l'arrêt d'un traitement de Ritaline®.

Pour ces différentes raisons, nous avons décidé de traiter le thème des enfants diagnostiqués TDA/H, et plus précisément le rapport à soi de ces derniers. Par son aspect humain, cette thématique nous semble particulièrement intéressante à analyser. De plus, les différentes recherches effectuées nous amènent une meilleure connaissance de ce trouble et de ce qu'il suppose en matière d'adaptation chez l'enseignant. De ce fait, nous serons plus apte à gérer l'intégration d'un élève diagnostiqué TDA/H dans une classe.

2 Problématique

Après avoir expliqué nos motivations et intérêts personnels, il convient d'expliquer en quoi le sujet des enfants souffrant d'un trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité est intéressant à traiter dans le cadre d'un travail de mémoire.

2.1 Définition de la thématique des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Avant d'aborder le thème de la médication, il nous paraît tout d'abord important de définir brièvement le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, afin d'en avoir une première idée. Ce concept est développé en profondeur dans le chapitre « Cadre conceptuel ». Nous listerons et expliquerons ensuite les différentes façons d'intégrer les enfants TDA/H.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est considéré comme un déficit neurologique qui affecte l'enfant dans ses capacités d'attention, d'inhibition et d'autocontrôle de son comportement. D'un point de vue médical, il serait lié à un dysfonctionnement de la transmission de la dopamine, en particulier au niveau du cortex préfrontal. Ce problème empêcherait l'enfant de soutenir son attention sur une tâche particulière.

Il est également important de prendre conscience que le TDA/H peut survenir sous trois formes en fonction des symptômes présentés par l'enfant. Ces formes et ces symptômes sont explicités dans le chapitre « Cadre conceptuel », mais il est nécessaire de les avoir à l'esprit afin de mieux comprendre la grande diversité de pistes existantes pour réguler ce trouble. L'enfant diagnostiqué TDA/H peut présenter soit des symptômes d'inattention, soit d'hyperactivité/impulsivité, mais il peut également combiner les deux. En fonction de son diagnostic, le médecin spécialisé proposera différents traitements pouvant être regroupés en deux catégories : les actions sur l'environnement, telles que les thérapies, et les médicaments (Duché, 1996, pp. 66-67). Généralement ces deux catégories de traitement sont proposées lors de la détection d'un TDA/H en Suisse (Steinhausen & Bader, 2005, pp. 8-9).

Il existe différentes sortes de thérapies proposées à l'enfant en fonction de ses besoins. Il peut s'agir d'une psychothérapie individuelle ou de groupe, d'une psychothérapie cognitivo-comportementale ou encore d'une thérapie de famille. Quelle

que soit la thérapie proposée à l'enfant, une relation étroite avec les parents est toujours établie. Il est nécessaire de maintenir une bonne collaboration autant avec les parents qu'avec les intervenants auprès de l'enfant (les enseignants par exemple), afin d'avoir une vue d'ensemble sur le comportement de l'enfant dans différents contextes. Comme nous le verrons plus tard, il est relativement fréquent que l'enfant souffre de troubles associés. De ce fait, d'autres traitements parallèles sont également proposés tels que la logopédie, la psychomotricité ou l'ergothérapie. Certains parents, quant à eux, préfèrent se tourner vers des médecines alternatives comme la naturopathie ou l'homéopathie. Comme l'explique Lecendreau (2003), le rôle premier des thérapies est de "déculpabiliser l'enfant par rapport à son trouble (sur lequel il a peu de contrôle) et de lui expliquer le mieux possible de quoi il s'agit" (p. 73). En effet, beaucoup d'enfants TDA/H se sentent différents de leurs camarades. Il est donc important qu'ils prennent conscience de ce dont ils souffrent, mais également qu'ils ne sont en aucun cas coupables. Ce sentiment de différence est parfois renforcé par la prise quotidienne de médicaments. Il existe différents traitements médicamenteux pour soigner ce trouble. En Suisse, trois médicaments du groupe des psychostimulants sont disponibles : la Ritaline®, la Dexamine® et le Concerta® (Steinhausen & Bader, 2005), dont le plus prescrit est la Ritaline®. Il s'agit d'un psychostimulant agissant sur le système nerveux et augmentant la concentration de dopamine. Contrairement à ce que certaines personnes pensent, "ces produits sont stimulants et ne cherchent donc pas à freiner l'activité mentale des enfants TDA/H en les endormant ou en les « abrutissant »" (Lecendreau, 2003, p. 235). Ce traitement rend donc la personne plus calme et améliore sa concentration. Il est à relever qu'en Suisse, un traitement médicamenteux n'est jamais uniquement prescrit, mais est accompagné d'une prise en charge thérapeutique (Steinhausen & Bader, 2005, pp. 8-9).

Le sujet des enfants souffrant du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité soulève passablement de questions et de débats. Nos recherches nous ont fait remarquer qu'une des questions soulevées par le TDA/H concerne l'intégration de ces enfants en classe normale. En effet, certains parents craignent que la présence d'un enfant TDA/H n'entrave la progression de leur enfant. Il est vrai qu'un élève souffrant de ce trouble demande une attention particulière de la part de l'enseignant. Ce sujet nous semble particulièrement intéressant en tant que future enseignante, puisqu'il est probable que dans notre activité professionnelle nous soyons amenée à travailler avec des élèves TDA/H. Grâce à nos lectures, nous nous sommes alors rendu compte que différentes pistes existent pour faciliter l'intégration de ces enfants sans que cela ne vienne perturber l'apprentissage des autres élèves :

- L'aménagement de la classe : Il s'agit de diminuer au maximum toutes sources de distraction possibles. Pour ce faire, il est conseillé de placer l'enfant diagnostiqué TDA/H à proximité de l'enseignant et loin des fenêtres.
- L'énonciation de consignes : Les consignes doivent être simples, courtes et précises pour que l'enfant puisse les retenir. Il est également recommandé d'utiliser un support visuel, comme des images ou simplement de noter l'information au tableau noir.
- L'adaptation du matériel et du temps : L'enseignant tient compte des capacités de l'élève et adapte les tâches. Par exemple, si l'enfant rencontre des difficultés pour l'écriture, l'enseignant peut l'autoriser à utiliser un clavier.
- L'organisation du travail : Par exemple, il est plus facile pour un enfant diagnostiqué TDA/H de réaliser un exercice si celui-ci est décomposé en plusieurs étapes.
- Définir des moments durant lesquels l'élève peut bouger, comme par exemple distribuer les feuilles ou laver le tableau.

Tous ces petits éléments aident les élèves diagnostiqués TDA/H à suivre au mieux les cours dispensés par l'enseignant, et lui évitent d'être constamment déconcentré par un

quelconque stimulus. Comme expliqué précédemment, d'autres aides prodiguées par des spécialistes permettent à l'enfant TDA/H de mieux s'intégrer dans le groupe classe. Il existe notamment des aides pédagogiques, différentes thérapies ou encore des traitements médicamenteux.

Par ce travail, nous souhaitons examiner dans quelle mesure l'image de soi vient conditionner le rapport à la prise ou à l'arrêt de Ritaline®. L'approche de ce travail est relativement particulière, puisque nous abordons le sujet sur un plan humain en tenant compte du développement de l'image de soi et de l'estime de soi des enfants souffrant du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

2.2 Justification et importance du problème

Comme expliqué précédemment, depuis plusieurs années le thème de l'hyperactivité est très actuel, notamment le sujet des traitements, et principalement la Ritaline®. Dans ce chapitre, nous relèverons l'importance de ce trouble dans notre société.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est relativement courant. En effet, différents auteurs se sont penchés sur le sujet. Pour Bréjard et Bonnet (2007), il toucherait entre 3% et 5% des enfants en âge scolaire, ce qui représente environ un enfant par classe, tandis que pour Duché (1996), ce nombre est nettement plus élevé et atteindrait 5 à 20%. Ces différents résultats concernent la France et nous font prendre conscience qu'il est extrêmement difficile de chiffrer la prévalence de ce trouble. En ce qui concerne la Suisse, le rapport de Steinhausen et Bader (2005) conclut que 5.2% des enfants en âge scolaire seraient touchés par le TDA/H. Selon la banque de données statistiques interactive (STAT-TAB) de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2011), les enfants en âge scolaire représenteraient 1 million de personnes, soit environ 13% de la population suisse. Si nous combinons l'étude de Steinhausen et Bader (2005) avec les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (2011), le nombre d'enfants TDA/H en Suisse serait alors d'environ 50'000.

Des recherches ont montré que la prévalence de ce trouble varie selon le sexe. En effet, selon Bourgeois (1996), le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité toucherait trois à cinq garçons pour seulement une fille. Il ressort également que les garçons sont plus facilement diagnostiqués. Ceci s'est expliqué par le fait que les garçons font fréquemment partie du type hyperactivité/impulsivité et sont donc plus mouvementés que les filles, qui elles, sont généralement touchées par le type inattention prédominante.

En ce qui concerne la médication, il existe différents traitements. Les psychostimulants sont cependant les médicaments les plus utilisés pour traiter le TDA/H. Le plus connu des psychostimulants est certainement le méthylphénidate, plus communément appelé Ritaline®. Ce médicament a une action sur les trois symptômes du TDA/H. Comme l'explique Vallée (1996), ce psychostimulant "permet une activité plus dirigée et plus productive, il améliore le contrôle de l'impulsivité, il renforce les activités de concentration et les capacités d'apprentissage" (p. 33). Contrairement à d'autres médicaments, tels que le Concerta® par exemple, l'effet de la Ritaline® ne dure que cinq heures. L'enfant suivant ce traitement doit généralement prendre une dose le matin et une seconde à midi. Pour ce qui est de la prescription de la Ritaline®, certaines études aux États-Unis (Olson, 2003, cité par Kutscher, 2009, p. 39) montrent que le syndrome du TDA/H touche 6% des jeunes en âge scolaire, dont 3% suivent un traitement médicamenteux. Ces chiffres ne doivent pas être tenus pour absolus, puisque la fréquence des prescriptions pour un traitement médicamenteux du TDA/H varie d'un pays à l'autre : 12% en Amérique contre 1% en France (Gonon, Guilé & Cohen, 2010). En ce qui concerne la Suisse, l'étude de Montandon et Médioni (2002) montre que 0.21% des enfants en âge scolaire étaient

traités par Ritaline® en 1996. Ce pourcentage a cependant passablement augmenté au cours des quatre années qui ont suivi, puisqu'en 2000, 1.8% des enfants entre 5 et 14 ans prenaient de la Ritaline® (Montandon & Médioni, 2002).

2.3 État de la question

En ce qui concerne l'estime de soi des enfants diagnostiqués TDA/H, peu de travaux ont été effectués. L'article de Huyhn et Mazet (2011) confronte les résultats de différentes études, principalement anglophones. Les auteurs mettent en évidence deux types de résultats radicalement opposés. En effet, certaines recherches (Barber, Grubbs & Cottrell, 2005 ; Dumas & Pelletier, 1999 ; Klimkeit, Graham, Lee, Morling, Russo & Tonge, 2006, cités par Huyhn, 2011) montrent que les enfants souffrant d'un TDA/H ont une estime de soi plus faible que les enfants sans psychopathologie. Dans la première étude (Barber *et al.*, 2005, cités par Huyhn, 2011), les chercheurs ont comparé la perception de soi des enfants TDA/H avec celle des enfants d'un groupe contrôle. Pour réaliser cette étude, l'équipe a fait passer le questionnaire « Self Perception Profile for Children », abrégé SPPC (Harter, 1985, cité par Huyhn, 2011), à 77 enfants âgés de 8 à 12 ans, dont 38 diagnostiqués TDA/H. Une faible auto-estime ainsi qu'une image de soi négative (principalement pour les attitudes comportementales) ont été relevées dans le groupe d'enfants diagnostiqués. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que l'entourage (parents, enseignants, camarades) réprimande souvent leurs comportements. Les enfants déduisent que leurs attitudes sont moins favorables que la moyenne. La deuxième étude (Dumas & Pelletier, 1999, cités par Huyhn, 2011), relativement similaire à la première, compare également la perception de soi des enfants TDA/H et celle d'enfants sans pathologie, mais utilise une méthode différente. Les chercheurs interviewent les enfants en leur posant les questions contenues dans le SPPC (Harter, 1985, cité par Huyhn, 2011). Les résultats rejoignent les précédents : les enfants TDA/H ont une faible perception d'eux-mêmes, ceci principalement au niveau social, dans les compétences scolaires et au niveau comportemental. Pour la dernière recherche (Klimkeit, Graham, Lee, Morling, Russo & Tonge, 2006, cités par Huyhn, 2011), les auteurs ont utilisé un autre instrument de mesure que les deux études précédentes : « Self-Evaluation Scale for Children ». Les résultats restent cependant similaires. En effet, grâce à cette étude les chercheurs ont mis en évidence que les enfants diagnostiqués TDA/H présentaient de mauvaises compétences sociales et communicationnelles ainsi qu'une perception de soi plus faible que les enfants non-TDA/H. Les résultats de ces différentes études nous montrent que la plupart des enfants TDA/H ont une perception de soi négative principalement dans les compétences scolaires, les attitudes comportementales mais également une faible estime de leur personne. Les auteurs expliquent cela par le fait que les attitudes des enfants TDA/H font souvent réagir de façon négative tant les parents que les enseignants. Par conséquent, ces réactions affectent l'estime de soi de ces enfants.

D'autres études (Diener & Milich, 1997 ; Ek, Westerlund, Holmberg & Fernell, 2008, cités par Huyhn, 2011) ont cependant mis en évidence qu'il n'existait aucune différence entre l'estime de soi des enfants TDA/H et l'estime de soi des enfants non diagnostiqués TDA/H. La première étude (Diener & Milich, 1997, cités par Huyhn, 2011) a montré, différemment des recherches précitées, que les enfants TDA/H surestimaient leurs compétences sociales et donc montraient une perception de soi positive. En ce qui concerne la seconde étude (Ek, Westerlund, Holmberg & Fernell, 2008, cités par Huyhn, 2011), les chercheurs ont étudié la différence d'estime de soi entre garçons et filles diagnostiqués TDA/H à l'aide de l'échelle « I think, I am ». Les données des enfants ont ensuite été comparées avec celles de leurs parents et enseignants. Les résultats ont mis en évidence que les filles développaient une faible estime d'elles-mêmes, principalement au niveau du bien-être mental et des relations avec les parents et les pairs. Toutefois, en comparant avec la population de référence, les enfants TDA/H n'ont pas signalé une estime de soi plus faible. Différemment de ce que nous aurions pu penser, ces deux

recherches ont montré que les enfants TDA/H surestimaient leurs compétences sociales. D'après ces chercheurs, l'explication de cette surévaluation se trouve dans les mécanismes de défense. En effet, les enfants, conscients de leurs échecs sociaux, surestiment leurs compétences afin d'éviter une probable dépression. Selon Huyhn et Mazet (2011), quatre facteurs expliqueraient ces résultats divergents : le type de TDA/H des enfants, l'âge et le développement cognitif de ces derniers, la sévérité du trouble et la comorbidité, c'est-à-dire la présence de troubles associés. Nous remarquons donc qu'il semble extrêmement difficile de tirer une règle générale concernant l'estime de soi des enfants TDA/H.

Sieber (2001) traite également de l'estime de soi des enfants souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Dans son étude, il est mis en évidence une faible estime de soi chez les enfants TDA/H. Certains enfants souffrant du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ont tendance à être impulsifs, voire même agressifs, et de ce fait ne parviennent pas à s'intégrer ni à collaborer dans les différents groupes. En effet, ces enfants ont des difficultés à gérer les prises de parole : ils parlent et ignorent les questions ou remarques de leurs camarades. La plupart d'entre eux seraient donc moins choisis ou même rejetés de la part des autres élèves. Ils en sont cependant conscients, ce qui affecte leur propre estime. Comme leur comportement est souvent hors de la norme, ils peinent à trouver leur place au sein d'un groupe quel qu'il soit. Ils se sentent différents des autres, ce qui peut susciter un manque de confiance en soi. Mis à part le trouble déficitaire de l'attention, il n'est pas rare que d'autres troubles, tels que l'anxiété, la dépression ou encore l'agressivité, coexistent, nous parlons alors de comorbidité. Tous ces troubles supplémentaires amènent de nouvelles difficultés pour ces enfants et entravent leurs relations.

2.4 Contexte de la recherche

Afin de mieux cerner le sujet, il nous paraît important de prendre connaissance des mesures politiques mises en place pour l'intégration de ces enfants.

Depuis 1962, la loi sur l'instruction publique (Grand Conseil du Canton du Valais, 1962) prévoit des classes de développement pour les élèves qui ne parviennent pas à suivre un cursus scolaire normal. Une vingtaine d'années plus tard, une loi sur l'enseignement spécialisé (Grand Conseil du Canton du Valais, 1986) est édictée et promeut l'intégration scolaire des élèves, qu'elle soit totale ou partielle, dans les structures ordinaires. Elle relève également le fait que l'enseignant doit répondre aux besoins de tous les élèves de la classe, et non se concentrer uniquement sur l'élève qui rencontre des difficultés. Pour ce faire, elle propose différentes options. Nous trouvons tout d'abord les appuis pédagogiques intégrés. Ces derniers apportent des mesures spéciales à l'élève en difficulté, tout en l'intégrant en classe ordinaire. La deuxième option concerne les classes à effectif réduit. Comme son nom l'indique, ces classes comportent moins d'élèves que les classes ordinaires et permettent une aide individuelle pour chaque enfant. La loi propose pour finir les classes d'observation et d'adaptation de la scolarité primaire. Ces classes sont réservées à ceux qui ne parviennent pas à suivre un cursus scolaire ordinaire. Les classes d'observation regroupent des enfants rencontrant des difficultés à s'adapter au fonctionnement d'une classe ordinaire, mais sans aucune déficience intellectuelle. Les classes d'adaptation, quant à elles, répondent aux besoins d'élèves atteints de cette déficience. Une dernière directive, entrée en vigueur au début de l'année scolaire 2010-2011, concerne les mesures particulières pour les enfants souffrant de troubles et de handicaps divers (DECS, 2010). Comme le relevait déjà la loi sur l'enseignement spécialisé (1986), cette directive permet aux élèves souffrant de troubles divers de suivre une scolarité ordinaire grâce à des aides appropriées. L'enseignant, face à un élève à besoins particuliers, doit lui permettre de recourir à des aménagements spécifiques tels que le soutien d'un camarade, la mise à disposition de documents de

référence ou encore l'adaptation du temps mis à disposition. Lors des évaluations, il doit également tenir compte des difficultés de celui-ci. Cependant, pour être promu, l'élève à besoins particuliers doit pouvoir répondre aux mêmes exigences que ses camarades avec les aménagements proposés et les outils mis à sa disposition. Par ces textes légaux, nous remarquons que l'intégration de ces enfants dans les classes ordinaires est fortement encouragée. Ceci s'applique également aux enfants diagnostiqués TDA/H. Il est donc important que l'enseignant ait connaissance du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité afin de gérer au mieux sa classe et de proposer les mesures adéquates. C'est pourquoi nous allons à présent aborder ces aspects sous l'angle de la formation des enseignants.

Cette dernière en Valais ne prévoit cependant aucun cours obligatoire spécifique au TDA/H. La HEP-VS propose deux cours obligatoires « satellites ». Le premier concerne les institutions partenaires. Ce dernier permet aux futurs enseignants d'identifier les institutions compétentes susceptibles de les aider lorsqu'ils sont confrontés à une certaine problématique. Il existe également un cours sur les notions de base en pédagogie spécialisée. Celui-ci permet aux futurs enseignants de développer une meilleure compréhension des différentes difficultés et handicaps dont peuvent souffrir les enfants. Il est à relever qu'il existe un cours à option spécifique aux élèves à besoins particuliers (haut potentiel et TDA/H). Ce dernier amène aux étudiants, d'une part, un apport théorique améliorant la compréhension de ces troubles et, d'autre part, des éléments pratiques qu'un enseignant peut mettre en place dans sa classe pour faciliter l'intégration de ces élèves à besoins particuliers. Le canton de Neuchâtel, quant à lui, a édité une brochure à l'attention des enseignants. Ce document d'une quinzaine de pages explique dans un premier temps ce qu'est le TDA/H, puis liste les éléments que peut mettre en pratique un enseignant dans sa classe.

2.5 Angle d'attaque

Dans ce mémoire, nous cherchons à étudier l'image de soi des enfants diagnostiqués TDA/H et les changements que peut entraîner un traitement médicamenteux sur cette dernière. Nous souhaitons analyser si l'arrêt du traitement de Ritaline® au profit d'un nouveau médicament entraîne un quelconque effet sur la perception de soi de ces enfants ainsi que sur la vision de leurs parents et enseignants à leur égard.

Nous aborderons ce sujet sous l'angle de la psychologie. En effet, nous traiterons différents concepts relatifs à cette dernière, tels que la perception de soi, l'estime de soi ou encore la confiance en soi. Ces derniers seront définis au chapitre « Cadre conceptuel ». Nous les analyserons uniquement en lien avec les enfants TDA/H, puisque ce que nous cherchons à comprendre par ce mémoire concerne les incidences de l'arrêt de la prise de Ritaline® pour un nouveau traitement sur la perception de soi de ces enfants. Pour ce faire, nous avons choisi d'interroger deux enfants, en âge scolaire, souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ces deux enfants ont été soignés par Ritaline® et ont ensuite substitué ce traitement par un nouveau médicament pour diverses raisons, qui seront abordées plus tard. Nous avons ensuite interrogé un de leurs parents, dans les deux cas il s'agissait de la maman, afin de connaître la raison du choix de la prise et de l'arrêt du traitement, ainsi que les incidences que ce changement de médicament a eu sur la vie familiale. Nous nous sommes également entretenue avec leur enseignant respectif pour connaître l'incidence de ce changement de traitement pour eux.

Pour pouvoir formuler nos questions de recherche, nous allons devoir définir les concepts sur lesquels repose notre travail, à savoir le TDA/H et le traitement médicamenteux, plus précisément la Ritaline®, ainsi que les concepts psychologiques : représentations, perception de soi, estime de soi et confiance en soi.

3 Cadre conceptuel

Nous allons donc ici développer les concepts principaux de notre travail. Nous aborderons dans un premier temps le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) ainsi que les différentes formes que ce trouble peut prendre. Nous nous pencherons ensuite sur le traitement médicamenteux (la Ritaline®), et nous définirons enfin les concepts plus psychologiques, à savoir les représentations, la perception de soi, l'estime de soi et la confiance en soi.

3.1 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Inattentifs, hyperactifs et peu respectueux de la discipline sont les termes utilisés par un pédiatre anglais en 1902 pour qualifier un groupe de patients. À partir de cette date le trouble commence à se faire connaître, mais la plupart des chercheurs mettent en avant l'hyperactivité présentée par leurs patients. Il n'est donc pas étonnant que dans le langage courant, nous entendons souvent parler d'enfants hyperactifs et non d'enfants TDA/H. De ce fait, il nous paraît important de différencier ces deux concepts, bien qu'ils soient intimement liés. En effet, une personne diagnostiquée TDA/H, comme son nom l'indique, peut être caractérisée, ou non, d'hyperactive. L'élément central du TDA/H, et cela seulement depuis 1994, est le trouble de l'attention.

Il est donc important de prendre conscience qu'il existe différents types de TDA/H selon les symptômes exprimés par la personne concernée. En effet, en 2000, *l'American Psychiatric Association* (APA), qui a rédigé l'ouvrage de références pour les troubles mentaux (DSM-IV-TR), recense trois symptômes pour le TDA/H : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

Nous traitons, tout d'abord, des difficultés d'attention, symptôme central au TDA/H. L'enfant ne parvient pas à rester concentré, à maintenir son attention sur une tâche durant un certain temps. De ce fait, il rencontre fréquemment des difficultés, notamment lors des tâches scolaires. Il donne également l'impression de ne pas écouter, d'être distrait par un quelconque stimulus et perd souvent ses affaires. Il est également important de préciser qu'il existe différents types d'attention. La plupart des auteurs (Sauvé, 2007 ; Massé, Desbiens & Lanaris, 2006) en retiennent trois :

- L'attention sélective permet de choisir une information pertinente parmi plusieurs et d'écarter les autres en fonction de ses besoins et de ses intérêts.
- L'attention partagée rend possible le traitement de deux ou plusieurs informations à la fois et de réussir à accomplir la tâche demandée. Par exemple pour l'écriture, la personne doit s'appliquer au graphisme tout en respectant l'orthographe. Généralement, une des deux activités est automatique, ce qui permet à la personne de se concentrer sur la deuxième.
- L'attention soutenue, quant à elle, permet de maintenir le choix du stimulus pendant un laps de temps et de poursuivre la tâche en cours.

Le deuxième symptôme retenu par le DSM-IV-TR (APA, 2000) concerne l'hyperactivité. L'enfant a un besoin excessif de bouger. Ses mouvements sont souvent inappropriés : il se lève lors de situations où il devrait rester assis et rencontre des difficultés à rester tranquille lors de certaines activités qui le demandent.

Le dernier symptôme lié à ce trouble est l'impulsivité. Il est important de préciser que l'impulsivité peut se remarquer tant au niveau cognitif qu'au niveau comportemental. L'enfant souffrant d'impulsivité cognitive répond rapidement aux questions avant même

que ces dernières soient terminées et ne prend pas réellement le temps de réfléchir à ce qui a été demandé. En ce qui concerne l'impulsivité comportementale, l'enfant rencontre des difficultés à corriger des comportements inadaptés. Il peine à attendre son tour et a également tendance à couper la parole.

Ces trois symptômes sont clairement distincts. Cependant, dans le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'impulsivité et l'hyperactivité sont regroupées. Il est important de souligner que ces éléments sont fréquents chez les enfants, mais pour être considérés comme symptomatiques du TDA/H, ils doivent être présents de façon excessive chez l'enfant et être observés depuis un certain temps.

Grâce à ces clarifications du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, nous pouvons constituer le concept de TDA/H sous forme de schéma en analysant ses dimensions ainsi que ses indicateurs. La première colonne amène le concept de TDA/H, la deuxième montre les dimensions de ce dernier et la dernière concerne les indicateurs.

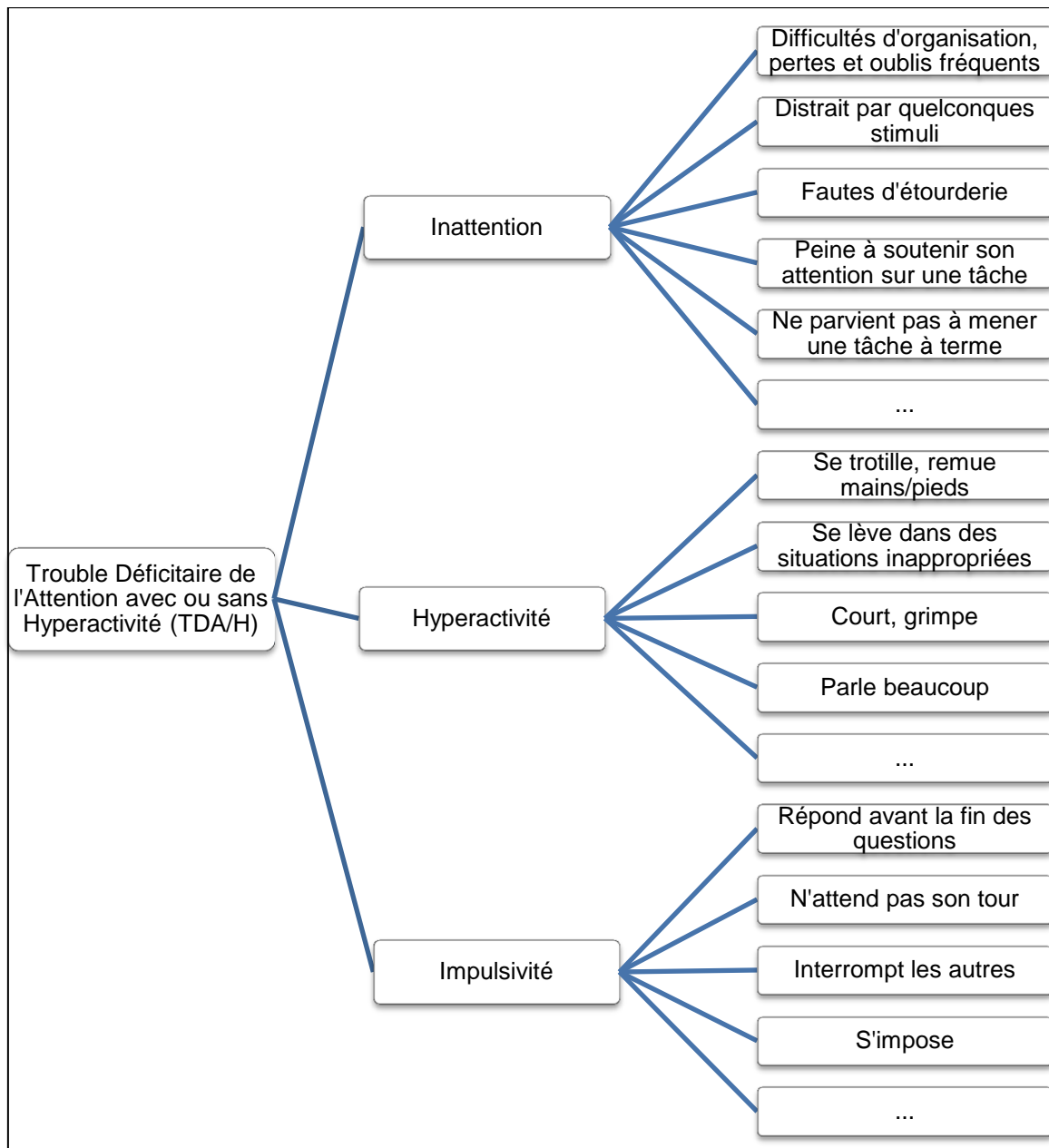


Figure 1 (Concept de TDA/H avec dimensions et indicateurs)

Il existe trois types de TDA/H en fonction des symptômes manifestés. Pour être diagnostiqué TDA/H, une personne doit présenter :

1. Six des neufs symptômes d'inattention et ces derniers doivent être apparus de façon plus élevée que la normale durant les six derniers mois. Si seuls les symptômes d'inattention sont retenus par le médecin, l'enfant est diagnostiqué dans le type « inattention prédominante ». Ce type de TDA/H est plus difficilement décelable, puisque l'enfant n'a pas réellement un comportement dérangeant, mais est plutôt qualifié de « tête en l'air » ou d'enfant « dans la lune ».
2. Six des neufs symptômes d'hyperactivité/impulsivité, qui doivent également être observés durant les six mois précédant le diagnostic de façon excessive. L'enfant présentant uniquement les symptômes d'hyperactivité/impulsivité sera diagnostiqué dans le type « hyperactivité/impulsivité prédominante », forme rare selon Kutscher (2009).
3. La plupart des enfants diagnostiqués TDA/H font partie du type mixte, c'est-à-dire que les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité ont été observés de façon plus élevée que la normale lors des six derniers mois.

Diagnostiquer un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité se fait uniquement par un médecin. Il est nécessaire que l'enfant manifeste un certain nombre de symptômes présentés précédemment mais il faut également tenir compte d'autres éléments :

Quatre autres paramètres sont nécessaires pour retenir le diagnostic : le début des symptômes se situe toujours avant 7 ans ; la durée des symptômes doit être supérieure à 6 mois ; les troubles s'expriment dans au moins deux circonstances ou lieux différents (école, domicile, jeux) ; il doit exister des preuves nettes de manifestations cliniques dans la vie sociale. (Joly, 2005, p. 66)

C'est pour cela que la collaboration entre enseignants, parents, médecins et autres intervenants est extrêmement importante.

Il n'est pas rare que les enfants diagnostiqués TDA/H souffrent d'autres troubles. En effet, comme le soulignent Bréjard et Bonnet (2007), "le trouble se présente rarement sous forme « exemplaire ». La comorbidité est même quasi systématiquement la règle" (p. 40). Cette dernière se définit comme la présence de troubles associés à la maladie primaire. Dans notre cas, cela "signifie que certains troubles (...) ont une plus grande probabilité de survenir chez les enfants T.D.A.H. que chez les enfants non-T.D.A.H" (Lecendreux, 2003, p. 56). Il en existe plusieurs associés au TDA/H. Le Heuzey (2003) en relève quatre principaux. Tout d'abord, il est possible que l'enfant souffre de troubles d'apprentissage, qu'il ait des difficultés à parler, lire ou écrire. Il peut également développer des troubles émotionnels, tels que l'anxiété voire la dépression. Les enfants TDA/H sont souvent atteints de troubles du sommeil, ils rencontrent des difficultés à s'endormir et ont un sommeil agité. Le dernier élément relevé par Le Heuzey (2003) concerne les tics tels que le syndrome Gilles de la Tourette. Ce dernier est un trouble neuropsychiatrique. La personne atteinte de celui-ci présente des tics moteurs et vocaux, tels que l'expression soudaine d'un mot (Jalenques et al., 2008). Tout cela vient s'ajouter à la souffrance de ces enfants qui, pour la plupart d'entre eux, sont conscients de leur(s) trouble(s).

Les enfants interrogés pour ce travail, ont été diagnostiqués TDA/H. Il sera donc important de préciser la forme de TDA/H, afin de constater d'éventuelles différences au niveau du concept de perception de soi.

3.2 Traitement médicamenteux : la Ritaline®

Bien que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ait été découvert au début du XX^{ème} siècle, il aura fallu attendre une quarantaine d'années pour que le premier médicament fasse son apparition. En effet, le méthylphénidate, plus connu sous le nom de Ritaline®, a été découvert à Bâle par le Docteur Panizzon en 1944. Actuellement, ce médicament est disponible uniquement sur prescription médicale. De plus, en Suisse, le traitement médicamenteux est, dans la plupart des cas, accompagné d'une thérapie ou d'un appui pédagogique. Il est extrêmement rare que seul le médicament soit proposé à un patient.

Ce médicament est un psychostimulant qui augmente l'activité de certaines parties des lobes frontaux productrices de dopamine. La Ritaline® agit sur le système nerveux central et permet d'augmenter la présence de dopamine. Cette dernière est un neurotransmetteur et a comme fonction de transmettre un message d'une cellule nerveuse, appelée cellule émettrice à une autre, appelée cellule réceptrice. Elle joue un rôle important puisqu'elle intervient dans différentes fonctions, notamment dans la mémorisation, car elle permet la concentration, ou encore dans les fonctions motrices, car elle contrôle en partie les mouvements. Selon l'approche neurobiologique, les personnes TDA/H ont un déséquilibre au niveau de la dopamine. Il existe plusieurs explications relatives à ce déséquilibre. Tout d'abord, il se peut que le récepteur de dopamine soit défectueux. La transmission est entravée et le neurotransmetteur rencontre des difficultés à accéder à la deuxième cellule. Ensuite, il est possible que le transporteur de dopamine enlève trop rapidement cette dernière. Pour terminer, chez certains enfants, la fabrication de dopamine est insuffisante. Il est cependant important de préciser que malgré les recherches neurobiologiques, aucune conclusion définitive n'a été trouvée.

La Ritaline® agit relativement rapidement. En effet, environ quinze minutes après la prise du comprimé, l'enfant ressent déjà les effets du médicament. Plusieurs auteurs ont relevé les nombreux effets positifs de la Ritaline®. D'après Le Heuzey (2003), ce psychostimulant agit à trois niveaux. Tout d'abord au niveau moteur, la Ritaline® permet à l'enfant d'être moins bruyant et de moins déranger son entourage. Selon Lecendreau (2003), grâce à la Ritaline® "l'enfant est plus calme, moins agité, moins impulsif, il se contrôle mieux. Ses gestes sont moins désordonnés, moins parasites, plus précis" (p. 236). Ensuite, le médicament agit également au niveau social en permettant à l'enfant d'être moins agressif et d'améliorer sa participation ainsi que son contrôle de soi. Ces éléments lui permettent d'être plus à l'aise dans les relations avec ses camarades mais également avec sa famille ou ses enseignants. L'accent sur les aspects sociaux est également relevé par Joly (2005) :

On observe une amélioration du comportement en classe et des performances scolaires, une diminution des comportements oppositionnels et agressifs, de meilleures interactions avec la famille et les pairs, ainsi que dans les activités de loisirs. Le cercle vicieux de rejet familial, scolaire et social, et de marginalisation est rompu. (p. 44)

Pour terminer, la Ritaline® agit au niveau cognitif. Selon Vallée (1996), elle aide l'enfant à maintenir son attention et ce dernier oubliera les distractions qui, habituellement, l'empêchaient de se concentrer. Elle lui permet également de mieux contrôler son impulsivité. L'enfant aura plus de facilité à se gérer et réfléchira davantage avant d'agir.

Mis à part les effets positifs précités, il existe également des effets secondaires plus ou moins bénins. La notice d'utilisation de la Ritaline® (Laboratoires CIBA, 1995) indique que la nervosité et l'insomnie sont les effets les plus observés en début de traitement mais

peuvent être atténués en diminuant la dose prescrite. Un troisième effet couramment observé est la perte d'appétit. Mais cette dernière n'est généralement que passagère.

Il est également important de préciser que "la Ritaline® ou les traitements psychostimulants ne peuvent guérir le TDA/H" (Lecendreux, 2003, p. 239). En effet, il ne s'agit pas d'un traitement « miracle » qui guérit le TDA/H, mais un traitement qui diminue les symptômes de ce trouble. Précisons qu'à ce jour, il n'existe aucun traitement pouvant supprimer le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Dans son ouvrage, Joly (2005) relève que la Ritaline® est "un traitement suspensif et non curatif" (p. 43). Son effet n'est que temporaire. Comme l'explique Kutscher (2009), la Ritaline® a un effet de deux à cinq heures. Il est d'ailleurs conseillé à l'enfant TDA/H de prendre un comprimé le matin et un second à midi afin d'être plus calme, attentif et concentré durant les heures scolaires. Il est également recommandé d'arrêter le traitement une fois dans l'année, généralement durant les vacances d'été, afin de décider si le traitement s'avère encore nécessaire ou non.

La variable indépendante de notre travail, liée au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, concerne l'arrêt de Ritaline®. En effet, nous avons interrogé deux enfants ayant pris de la Ritaline® durant un certain temps, et ayant décidé d'arrêter le traitement pour diverses raisons et de le substituer par un nouveau médicament.

3.3 Représentations

Les représentations jouent également un rôle important dans notre problématique. Afin de clarifier ce concept, nous allons dans un premier temps le définir, puis nous mettrons en évidence les différentes fonctions que peuvent assurer les représentations.

Le terme de « représentations » est relativement complexe et difficile à définir. Plusieurs auteurs ont cependant proposé certaines définitions sans parvenir à en retenir une universelle étant donné qu'elle varie en fonction des champs auxquels elle s'applique. Pour notre travail, deux définitions nous paraissent pertinentes. Tout d'abord, Ehrlich (1985) définit les représentations "comme des connaissances relativement permanentes ; mais leur agencement et leur utilisation exigent aussi des adaptations locales en fonction des conditions particulières de chaque tâche ou situation" (p. 228). Deux éléments essentiels ressortent de cette définition. Tout d'abord, ce sont des connaissances, des formes de savoir. Cependant ces dernières ne sont pas immuables et se modifient en fonction des situations. Cette idée d'ajustement est reprise par Richard (1985), puisque ce dernier définit la représentation comme "une construction circonstancielle, réalisée dans un contexte particulier : en ceci elle se différencie des structures permanentes stockées en mémoire à long terme" (p. 227). Nous constatons clairement que les représentations évoluent en fonction des situations auxquelles se retrouve confronté l'individu. L'être humain vit en société et en ce sens, ses représentations se trouvent également influencées par les interactions qu'il entretient avec son entourage. Ceci nous amène donc au concept de représentations sociales défini par Abric (1994) comme "une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références" (p. 13). Cette nouvelle définition met en évidence un des rôles des représentations, à savoir la compréhension de la réalité. Cela nous permet à présent de traiter des fonctions relatives aux représentations. Abric (1994) en relève quatre principales :

1. Fonction de savoir

Les représentations permettent de comprendre et d'expliquer la réalité. Comme l'affirme Vergnaud (1985) en d'autres termes, elles servent à "conceptualiser le réel" (p. 245).

2. Fonction identitaire

Elles définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes. Autrement dit, elles garantissent des caractéristiques aux différents groupes d'appartenance.

3. Fonction d'orientation

Elles guident les comportements et les pratiques. Cette idée est reprise par Leplat (1985) lorsqu'il explique qu'elles assurent "la planification et le guidage de l'action" (p. 270). Cependant Vergnaud (1985) va au-delà de la fonction de guide en soulignant que les représentations "sont responsables de la manière dont il (l'individu) agit" (p. 246).

4. Fonction justificatrice

Elles permettent aux personnes de justifier leurs prises de position et leurs comportements.

Nous remarquons que les représentations ont une influence non-négligeable sur la vie des individus, puisqu'elles influencent leur perception du monde, leurs choix ainsi que leurs actions. Il est donc primordial d'en tenir compte si nous voulons comprendre les actes des êtres humains. Dans notre travail il s'agira de prendre en considération les représentations de l'enfant diagnostiqué TDA/H ainsi que celles de son entourage afin d'améliorer la compréhension des réactions et des actions de ces derniers.

3.3.1 Annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité peut avoir un impact sur les représentations de l'entourage de l'enfant. Comme l'explique Galley (2002), "de nombreux changements peuvent s'opérer par la prise de conscience des parents ou des enseignants. Ceux-ci peuvent alors changer d'attitude ou de méthode face à l'enfant" (p. 47).

N'ayant pu nous baser sur aucune recherche concernant l'annonce d'un TDA/H, nous avons décidé de travailler grâce aux études réalisées sur l'annonce d'un handicap. Il est cependant nécessaire de préciser que l'annonce d'un handicap ou d'un TDA/H n'a certes pas le même impact. De ce fait, il conviendra de nuancer les différents propos.

Comme le relève Morelle (2010), l'annonce du diagnostic peut prendre des fonctions diverses :

- Diagnostic – assurance : Tout d'abord, il peut rassurer. En effet, ce dernier permet de mettre un nom sur la maladie ou le trouble. Le fait de nommer, puis d'informer et d'en discuter donne aux parents des repères dans ce monde nouveau qu'ils ne connaissent pas ou mal. Connaître ce dont souffre leur enfant "peut leur permettre d'être actifs dans la prise en charge, de chercher les traitements appropriés avec l'aide des spécialistes" (Morelle, 2010, p. 29).
- Diagnostic – illusion : "Un diagnostic peut faire croire qu'il y aura une clé à ce labyrinthe" (Morelle, 2010, p. 30). Une fois le diagnostic posé, les parents peuvent croire qu'une solution miracle leur apparaîtra, cependant ce n'est pas forcément le cas. Le diagnostic ainsi que les discussions avec des spécialistes permettent d'avoir des connaissances sérieuses sur la maladie de l'enfant et de supprimer ce qui avait été imaginé avant l'annonce.
- Diagnostic – inquiétude : Prendre conscience que son enfant souffre d'un trouble, est malade ou en situation de handicap peut également inquiéter. Comme nous le verrons plus en détail ci-dessous, "cette inquiétude de savoir la vérité peut, par ailleurs, faire refuser toute information ou la rendre inaudible" (Morelle, 2010, p. 30). De plus, les parents vont probablement faire des recherches afin de mieux comprendre le trouble de leur enfant. Ces dernières peuvent certaines fois les rassurer, mais d'autres fois, elles peuvent les inquiéter davantage, puisque "les

parents peuvent être confrontés à l'impuissance de ne pouvoir aider leur petit" (Morelle, 2010, p. 31).

- **Diagnostic – étiquette** : Le diagnostic peut amener l'enfant ainsi que son entourage à ne voir que la maladie, et non plus l'humain. Comme l'explique clairement Morelle, "le plus grand risque pour tout être humain (...) est d'être mis sous une étiquette. (...) Tout étiquetage fait courir le risque que la personne se résume à cette nomination" (Morelle, 2010, p. 31).

Les réactions suite à l'annonce du diagnostic sont également très diverses. Les enfants peuvent avoir peur, car ils ne comprennent pas ce qui leur arrive. Ils sont parfois persuadés d'être atteints d'une grave maladie. Il est important d'expliquer clairement à l'enfant ce dont il souffre et de lui laisser exprimer ses craintes, ses peurs, ses sentiments. Les parents, quant à eux, peuvent passer par différentes émotions. Certains parents auront une réaction de fuite ou de peur, d'autres de révolte, de rejet, voire de refus de l'état de l'enfant. Comme le souligne Clerget (1990), "l'enfant handicapé (dans notre cas TDA/H) naît à rebours du mythe de l'enfant attendu sain, sans tares, voire parfait" (p. 13). En d'autres termes, les parents doivent en quelque sorte faire le deuil de l'enfant parfait qu'ils attendaient. Il est donc également important que les parents puissent aussi exprimer leurs ressentis. Pour terminer, les enseignants peuvent être dépassés par les problèmes du TDA/H, se sentir submergés et ne plus savoir comment réagir. Un entretien avec des spécialistes peut les amener à mieux comprendre ce trouble et donc à le gérer plus facilement.

Ces différentes réactions peuvent s'expliquer par le fait que les personnes touchées par l'annonce du diagnostic passent par différentes étapes. Boucaud (1990) en ressort trois principales :

1. La réactualisation du traumatisme : ou le choc face à l'annonce du trouble.
2. La révolte : qui peut passer par de l'agressivité ou du déni.
3. La dépression : car les personnes, surtout les parents, se sentent coupables de ce qui arrive à l'enfant.

Tous ces éléments démontrent que l'annonce du diagnostic entraîne un changement de perception vis-à-vis de l'enfant, un changement de représentation et, comme nous l'avons vu ci-dessus, cette modification influence les actions des personnes concernées.

3.4 Perception de soi, estime de soi et confiance en soi

Afin d'aborder au mieux ces concepts et de mettre en évidence les liens qui existent entre eux, nous traiterons tout d'abord du concept le plus global : la perception de soi. Viendront se greffer ensuite les concepts d'estime de soi et de confiance en soi.

La perception de soi, également appelée l'image de soi ou représentation de soi, est un concept très global qui désigne l'image qu'un individu a de lui-même, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Autrement dit, la perception de soi d'une personne "c'est la manière dont elle se décrit elle-même" (Famose & Bertsch, 2009, p. 15). L'image de soi d'un individu recouvre un champ très vaste et, comme le souligne De Saint Paul (2004), ce concept suppose de nombreuses représentations partielles comme "notre apparence physique, nos traits de caractère, nos qualités et nos défauts, nos compétences dans différents domaines, nos possibilités et nos limitations, notre position sociale, le sentiment de notre valeur en tant qu'être humain" (p. 7). Il est important de préciser que la perception de soi n'est pas fixe et va évoluer au fil du temps. En effet, elle se construit au fil des interactions sociales. Le regard des autres est donc primordial dans la construction de l'image de soi.

Comme énoncé précédemment, il est possible de concevoir la perception de soi sous deux plans différents. Du point de vue physique, la perception de soi désigne la perception qu'un individu a de son propre corps, de son apparence. Il s'agit de l'image qu'il se fait de son physique. Si nous nous penchons sur le plan psychologique, la perception de soi est définie comme la façon dont s'estime une personne. Cette définition se rattache donc au concept d'estime de soi.

Afin de mieux comprendre ce concept souvent utilisé mais rarement perçu correctement, remontons aux sources du terme « estimer » et analysons sa définition étymologique. “Le verbe « estimer » vient du latin aestimare « évaluer », c'est-à-dire « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur »” (Meram, Eyraud, Fontaine & Oelsner., 2006, p. 19). D'après le sens latin du terme estimer, nous pouvons définir le terme estime de soi comme le fait de déterminer sa valeur personnelle. Ceci correspond à la définition qu'en donne Millêtre (2008) comme “la valeur que nous nous accordons” (p. 70). Le mot « valeur » est donc le terme important de cette définition. Il est également central au concept d'estime de soi. Pour s'en convaincre, analysons les autres définitions proposées par différents auteurs. Tout d'abord, De Saint Paul (2004) définit l'estime de soi comme “le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes” (p. 7). La définition proposée par Duclos (2000) est très proche de celle de De Saint Paul (2004). En effet, pour lui, l'estime de soi correspond à “la conscience de la valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines” (p. 16). Nous remarquons que ces deux définitions soulignent l'importance de la valeur personnelle. Cependant, Duclos (2000) ajoute la notion de différents domaines. Ceci s'explique par le fait que pour lui, un individu peut avoir une bonne estime de lui-même en tant que travailleur, mais une mauvaise en tant que parent. Dans un ouvrage plus récent, Duclos, Laporte et Ross (2002) gardent la même définition proposée par Duclos deux ans plus tôt, mais insistent sur les différents plans sur lesquels un individu peut se forger une opinion : le plan physique (apparence, habiletés, endurance), le plan intellectuel (capacités, mémoire, raisonnement) et le plan social (capacité de se faire des amis, charisme, sympathie). Grâce à ces différentes définitions, nous retenons que l'estime de soi est une appréciation personnelle de sa propre valeur en relation à divers plans. Pour avoir une bonne estime de nous-même, il est nécessaire d'avoir conscience de notre propre valeur. Certaines personnes font preuve de beaucoup de qualités et de compétences, mais n'en ont pas conscience et ont donc une faible estime d'elles-mêmes. Il est cependant important de relever que l'expression « une bonne estime de soi », ne veut pas dire que l'individu s'évalue partout positivement. Il serait en effet préférable de remplacer l'adjectif « bonne » par « juste ». Comme le relève George (2007), “une juste estimation est une évaluation de ce que l'on a fait, qui tient compte d'une analyse personnelle la plus objective possible, mais aussi du retour d'opinion des autres sur notre façon d'agir” (p. 131). Une personne aura donc une bonne estime d'elle-même si elle s'évalue de manière objective.

En nous basant sur Duclos (2000), nous pouvons dire que “l'estime de soi est faite de quatre composantes : le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence” (p. 28). Nous pouvons dès à présent schématiser le concept d'estime de soi, en mettant en évidence ses dimensions ainsi que ses indicateurs. Comme pour le concept de TDA/H, la première colonne concerne le concept d'estime de soi, viennent ensuite les dimensions, puis les indicateurs.

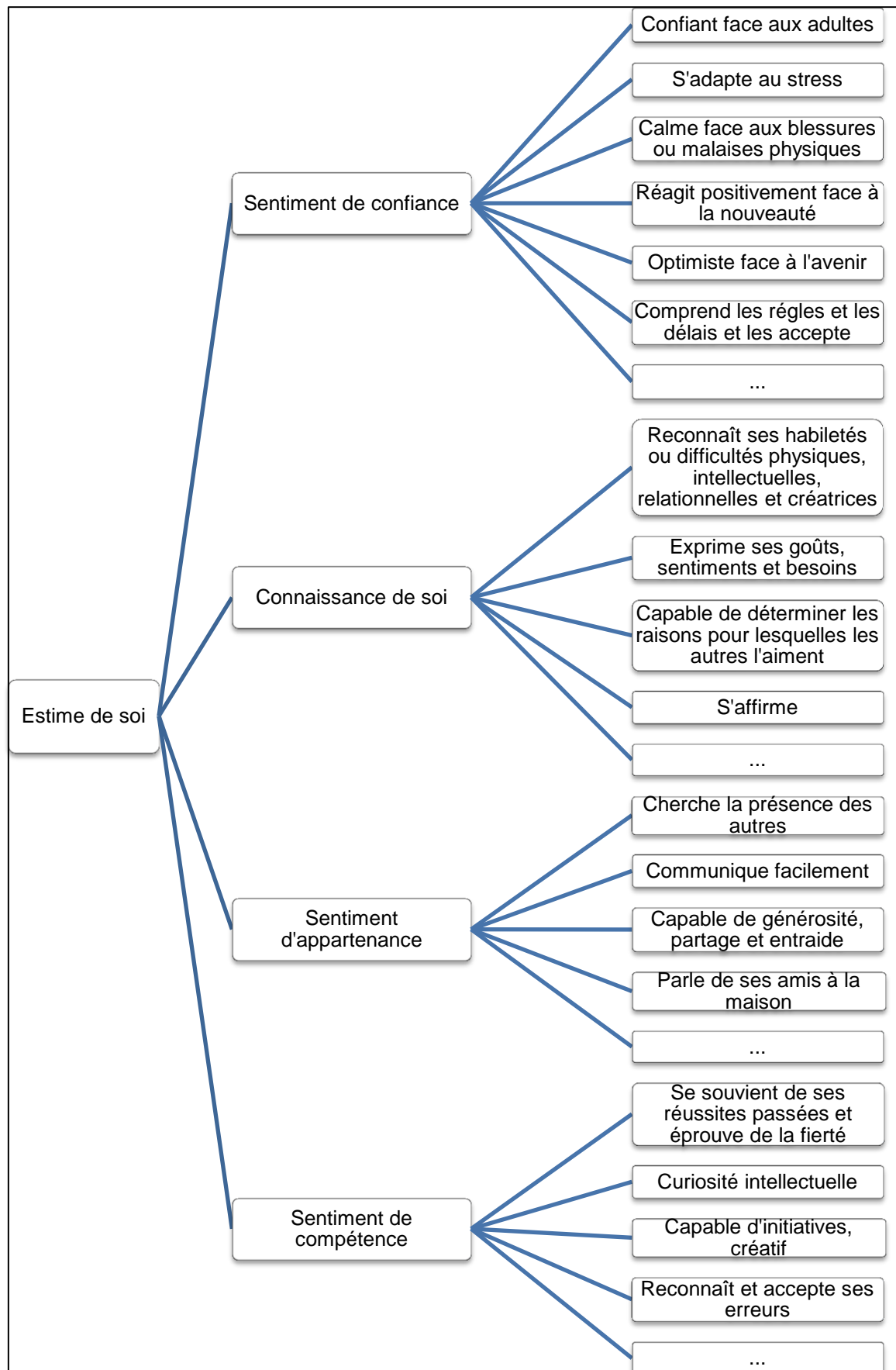


Figure 2 (Concept Estime de soi avec dimensions et indicateurs)

Comme le souligne Duclos (2000), "le sentiment de confiance est un préalable à l'estime de soi" (p. 28). En effet, un individu ne peut évaluer correctement sa propre valeur s'il n'a pas confiance en lui. Ceci nous amène donc au dernier concept de ce chapitre : la confiance en soi.

Dans le langage courant, les termes « estime de soi » et « confiance en soi » sont souvent confondus. Contrairement à l'estime de soi qui, comme nous l'avons vu ci-dessus, est une évaluation objective de nous-même, la confiance en soi est un sentiment de sécurité par rapport à soi. Dans son ouvrage, De Saint Paul (2004) explique que la confiance en soi est un aspect essentiel de l'estime de soi et la définit comme "une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence" (pp. 8-9). Tout comme la perception de soi et l'estime de soi, la confiance en soi se construit au fur et à mesure de la vie de chaque individu. Les expériences de la vie peuvent "ébranler, voire détruire, la confiance en soi ; elles peuvent aussi l'affirmer si l'on est suffisamment soutenu" (Chicaud, 2001, p. 74). Autrement dit, les expériences positives renforcent la confiance en soi, tandis que les négatives peuvent la restreindre. L'enfant développe sa confiance en lui dès son plus jeune âge grâce aux relations qu'il développe avec ses parents. Comme le relève Duclos (2000), "le sentiment de confiance se développe d'abord chez l'enfant grâce à la relation d'attachement avec ses parents qui lui procure un sentiment de sécurité" (p. 37). Ce sentiment de sécurité est primordial pour que la confiance en soi puisse se développer.

Les concepts de notre travail ainsi que leurs dimensions étant clairement définis, il convient à présent de rédiger nos questions de recherches et d'en formuler les hypothèses possibles.

4 Questionnement

Au début de ce travail, nous nous sommes posé bon nombre de questions en fonction de nos intérêts concernant les enfants TDA/H. Nous avons ensuite retenu le thème de la perception de soi et avons formulé notre question de départ :

- « Dans quelle mesure nos actions – ici la prise ou l'arrêt de Ritaline® - sont-elles conditionnées par nos représentations préalables (sur soi-même, l'hyperactivité, la nécessité d'un traitement,...) et viennent-elles conditionner en retour nos nouvelles représentations et nos actions ultérieures ? »

Grâce aux différents éléments théoriques qui nous ont permis d'établir la problématique et le cadre conceptuel, nous avons pu affiner notre questionnement et retenir les différentes questions de recherche qui guideront notre travail. Afin de rendre ce chapitre plus compréhensible, nous avons choisi de le séparer en trois parties traitant des questions et des hypothèses qui s'y rapportent. La première relative aux enfants, la deuxième se rapporte aux parents et la dernière concerne les enseignants.

Pour les enfants, nous avons retenu les deux questions suivantes :

1. Dans quelle mesure l'image que l'enfant diagnostiqué TDA/H a de lui-même (comme non-malade) amène-t-elle l'enfant à mettre un terme au traitement de Ritaline® ?

2. De quelle(s) façon(s) l'estime de soi d'un enfant diagnostiqué TDA/H et ayant arrêté la prise de Ritaline® pour un autre médicament peut-elle se voir affectée par les conséquences de ce changement (principalement la réapparition des troubles) sur son comportement et sur le comportement de ses proches ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant TDA/H a des difficultés d'attention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité. Ces éléments rendent ses relations sociales difficiles, puisque son comportement ne correspond pas à celui attendu par son entourage. Il subit fréquemment les réprimandes de la part de ses enseignants, mais également de ses parents et de ses pairs. De plus, il rencontre parfois des difficultés scolaires, puisqu'il n'arrive pas à maintenir son attention sur une tâche. Ceci complique donc ses apprentissages et il n'est pas rare de constater un échec scolaire pour ces enfants. Concernant la Ritaline®, plusieurs études mettent en avant ses effets positifs. Durant le traitement, l'enfant est plus calme, moins impulsif et, de ce fait, a de meilleures relations avec ses camarades, puisque ses comportements dérangeants sont atténués. Grâce au médicament, il arrive également mieux à se concentrer et cela a des répercussions sur ses résultats scolaires. Il reçoit alors plus de félicitations et d'encouragements et généralement a une meilleure estime de lui-même. Par ces éléments, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes relatives à nos deux premières questions de recherche :

1. Comme l'a relevé Leplat (1985), nos représentations guident nos actions. La perception qu'un enfant diagnostiqué TDA/H a de lui-même comme « non-malade » ou « non lui-même » va donc le pousser à arrêter son traitement.
2. Pour répondre à la deuxième question, nous avons décidé de rédiger deux hypothèses distinctes : la première relative au comportement de l'enfant et la seconde liée au comportement de l'entourage.
 - 2.1 Le médicament étant moins fort, les symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité réapparaissent et les comportements dérangeants de l'enfant reviennent également. L'enfant a conscience que ses conduites sont inadaptées et, comme le montre l'étude de Barber (Barber et al., 2005, cités par Huyhn, 2011), il présente une faible estime de lui-même, notamment pour les attitudes comportementales.
 - 2.2 L'entourage, étant confronté à des comportements inappropriés, va à nouveau réprimander, voire exclure l'enfant, et, comme le relève Barber (Barber et al., 2005, cités par Huyhn, 2011), l'estime que cet enfant a de lui-même en sera affectée.

En ce qui concerne les parents, nous avons rédigé trois questions de recherche :

3. Dans quelle mesure les représentations qu'ont les parents de leur enfant diagnostiqué TDA/H les amènent à adopter un traitement médicamenteux ?
4. Dans quelle mesure la prise et l'arrêt du traitement au profit d'un autre supposent pour les parents un réajustement de leurs représentations initiales ?
5. Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline® suppose pour les parents une réorientation / une redéfinition de leurs stratégies familiales ?

Face à l'arrêt de Ritaline®, les parents sont à nouveau confrontés aux comportements inadéquats de leur enfant. Les représentations qu'ils avaient de ce dernier peuvent une nouvelle fois être modifiées suite à cet arrêt. De plus, les règles et les stratégies mises en place, lorsque l'enfant prenait la Ritaline®, ne suffisent plus à gérer et intégrer leur enfant diagnostiqué TDA/H. Trois hypothèses sont alors susceptibles de répondre à nos questions :

3. Certains parents voient leur enfant comme malade, d'autres aimeraient simplement qu'il soit dans la « norme » pour être accepté par son entourage. Ces représentations que les parents ont de leur enfant vont guider leur choix (Leplat, 1985). Une des solutions possibles pour que leur enfant soit « dans la norme » est le traitement médicamenteux, puisqu'il lui permet de mieux se concentrer et diminue ses comportements hyperactifs et impulsifs.
4. Comme l'a mis en évidence Galley (2002), l'annonce du diagnostic peut venir modifier les représentations que les parents ont de leur enfant. Il en va de même avec la prise ou l'arrêt d'un médicament. L'enfant suivant un traitement peut être vu comme « dans la norme », puisque les comportements inappropriés sont atténués, ou comme « malade », puisqu'il doit prendre un médicament. Lors de l'arrêt du traitement de Ritaline®, il peut être considéré comme « normal » (non-malade), ou alors comme « hors de la norme », puisque ses comportements « anormaux » réapparaissent.
5. Nous l'avons vu ci-dessus, l'arrêt de la prise de Ritaline® influence les représentations des parents vis-à-vis de leur enfant. Ces dernières vont, à leur tour, influencer les actions des parents. L'arrêt de la prise de Ritaline® peut donc amener les parents à modifier leur organisation familiale (stratégies, règles, aménagements, ...) afin d'aider leur enfant diagnostiqué TDA/H à vivre au mieux.

Pour terminer, nous avons également retenu deux questions de recherche traitant des pratiques et des représentations des enseignants :

6. Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline®, au profit d'un autre médicament, suppose pour les enseignants une réorientation /une redéfinition de leurs stratégies de gestion de classe et une modification de leurs comportements professionnels ?
7. Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline®, au profit d'un autre médicament, suppose pour les enseignants une nouvelle représentation de l'humain ?

Les enseignants, quant à eux, se voient également confrontés aux comportements difficiles de l'enfant souffrant de ce trouble. Leurs stratégies de gestion de classe ne leur permettent plus de gérer et d'intégrer l'élève diagnostiqué TDA/H. Pour ces raisons, nous amenons ces deux dernières hypothèses :

6. Tout comme pour les parents, l'arrêt de la prise de Ritaline® change les représentations de l'enseignant vis-à-vis de l'enfant et donc modifie ses actes en fonction de ces dernières. L'arrêt de la prise de Ritaline® peut amener l'enseignant à modifier son aménagement, son organisation ainsi que certaines règles de classe afin de permettre à l'élève diagnostiqué TDA/H de suivre un cursus scolaire ordinaire tout en assurant l'apprentissage des autres élèves.
7. Comme expliqué dans l'hypothèse 4, l'arrêt d'un traitement de Ritaline® modifie les représentations des enseignants face à l'élève diagnostiqué TDA/H. L'enfant suivant un traitement peut être vu comme « dans la norme », puisque les comportements inappropriés sont atténués, ou comme « malade », puisqu'il prend un médicament. Lors de l'arrêt du traitement, l'enfant peut être considéré comme « normal » (non-malade), ou comme « hors de la norme », puisque ses comportements « anormaux » réapparaissent.

5 Méthode

Notre travail est un mémoire de recherche. En effet, nous avons construit nous-même l'objet de recherche et avons posé notre questionnement suite à la définition de l'angle

d'attaque du sujet (problématique) et à l'identification de concepts (cadre conceptuel) que nous avons élaborés grâce aux apports des différentes lectures scientifiques réalisées.

Dans cette partie, nous allons décrire le dispositif qui nous a permis de récolter les données. Dans une première partie, nous expliquerons la méthode choisie, puis nous parlerons de l'échantillon retenu pour ce travail. Nous aborderons ensuite le dispositif mis en place pour le recueil des données et en ressortirons les points forts et les limites de ce dernier.

5.1 Méthode

Afin de récolter nos données, nous utiliserons la méthode de recherche par enquête définie, selon Blanchet et Gotman (2001), comme "des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé" (p. 39). Pour ce travail, nous avons choisi l'enquête par entretien, selon Blanchet et Gotman (2001), mais également appelée interview par De Ketele et Roegiers (2009). D'après ces derniers, il en existe deux sortes : les interviews comme éléments méthodologiques d'une démarche scientifique et les autres (informels, comme par exemple les interviews journalistiques). Celle retenue pour ce mémoire est un entretien de recherche et fait partie de la première catégorie. Ces différents entretiens nous permettront d'explorer ce qui a trait à nos questions et donc d'approcher des comportements peu observables, puisqu'il s'agit dans notre cas de la perception de soi ainsi que des représentations des parents et des enseignants.

Pour De Ketele et Roegiers (2009), un entretien peut être libre, semi-dirigé ou dirigé. L'entretien est dit « libre » lorsque l'interviewer ne pose aucune question susceptible d'orienter l'entretien. L'entretien dirigé correspond à un enchaînement de questions réponses, les questions étant préparées et planifiées à l'avance et dans un ordre précis par l'interviewer. Quant à l'entretien semi-directif, l'interviewer prévoit quelques questions uniquement en guise de point de repère. Ce dernier est notamment identifiable grâce à deux caractéristiques :

- L'interviewé tient un discours non linéaire et nécessite ainsi une réorientation de la part de l'interviewer à certains moments.
- L'interviewer prévoit certaines questions importantes à poser à l'interviewé, mais ses interventions ne sont donc pas toutes prévues.

Afin de réaliser notre travail de recherche, nous avons choisi de recourir à la méthode des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien nous paraissait particulièrement intéressant pour deux raisons. Nous voulions récolter d'une part, des expériences vécues par les parents et enseignants en contact avec un enfant diagnostiqué TDA/H et ce que cela a supposé comme changements dans leur organisation et dans leurs représentations et, d'autre part, la représentation de soi de ces enfants ainsi que l'impact que cela a sur leur propre estime. Comme le soulignent Blanchet et Gotman (2001), il ne s'agit pas seulement d'écouter les réponses des interviewés sur les différents thèmes proposés, mais il faut également les pousser à parler librement de leurs expériences liées au sujet. Il est de ce fait important d'instaurer un climat de confiance, afin que les interrogés osent s'exprimer de manière libre sur le sujet du TDA/H.

Afin de préparer au mieux ces entretiens, nous avons formulé un certain nombre de questions qui nous faciliteront la relance ou le recadrage de la discussion. Ces différents entretiens nous permettront d'une part, de mieux comprendre la perception de soi des enfants TDA/H et d'autre part, de répondre à nos questions de recherche ou, autrement dit, de vérifier nos hypothèses de réponse à ces dernières.

5.2 Échantillon

L'échantillon retenu pour ce travail est composé de trois populations différentes. En effet, comme nous cherchons à mettre en relation l'arrêt de la prise de Ritaline® avec la perception de soi d'un enfant diagnostiqué TDA/H, il nous paraît important d'interroger des enfants ayant suivi un traitement médicamenteux de Ritaline® et l'ayant arrêté pour différentes raisons. Cependant peu d'enfants arrêtent définitivement les traitements médicamenteux. En effet, une majorité supplée la Ritaline® par un médicament moins fort et jugé plus adapté par les parents.

Comme nous voulons également mettre en lien l'arrêt de la prise de Ritaline® avec les représentations et aménagements nécessaires pour les parents et les enseignants, il nous semble pertinent d'interroger les personnes ayant été présentes lors de cette substitution de traitement. De cette façon, nous pourrions analyser d'une part, le changement relatif à la perception de soi de ces enfants et, d'autre part, la modification des représentations des parents et des enseignants, ainsi que les changements de stratégies familiales et scolaires que cet arrêt a demandés. L'échantillon retenu est donc composé de :

- Deux enfants en âge scolaire (dès 8 ans, puisque plusieurs auteurs (Bréjard & Bonnet, 2007) mettent en évidence que le diagnostic est posé vers l'âge de 8 ans) ayant arrêté le traitement de Ritaline® pour un traitement alternatif moins fort.
- Un de leurs parents respectifs (dans les deux cas il s'agit de la maman), afin de connaître les raisons de la prise et de la substitution du traitement de Ritaline® par un médicament moins fort, ainsi que les conséquences que ce dernier a eues dans le milieu familial.
- Les enseignants ayant vécu ce changement, afin d'appréhender les conséquences chez l'élève, mais également ce que cela implique pour eux.

5.3 Dispositif mis en place pour la récolte des données

Comme expliqué précédemment, la méthode retenue pour ce travail de mémoire est une enquête dite d'observation indirecte, et essentiellement l'entretien semi-directif. Pour mener à bien ce type d'entretien, il est nécessaire de créer un guide d'entretien, défini selon Blanchet et Gotman (2001) comme "un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer" (p. 61). Le guide d'entretien recense donc les grands thèmes et les sous-thèmes, ainsi que les différentes questions relatives à ces derniers. Le questionnement ainsi que les hypothèses du travail permettent d'élaborer les questions du guide d'entretien.

Ce dernier est en quelque sorte un fil rouge pour le chercheur. En effet, bien préparé, un guide d'entretien permet à son rédacteur d'avoir sous les yeux, de manière structurée, tous les thèmes et questions à aborder. Grâce à celui-ci, nous pouvons interroger notre interlocuteur sur les aspects dont nous avons besoin pour l'obtention d'éléments de réponse à nos questions de recherche. Le guide d'entretien "a pour but d'aider l'interviewer à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés" (Blanchet & Gotman, 2001, p. 64), et non de diriger le discours. Les trois guides d'entretien utilisés pour ce travail sont consultables en annexe I.

Les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un magnétophone. Une fois ceux-ci terminés, les données sont retranscrites pour être ensuite analysées. Ces réponses sont résumées et structurées dans un tableau en annexe II. Grâce à cela, nous ressortons les grandes

caractéristiques liées aux questions de recherche de ce travail qui seront ensuite traitées au chapitre « Analyse des données ».

5.4 Points forts et limites de la méthode

La méthode des entretiens semi-directifs présente de nombreux avantages, mais également certaines limites. Nos différentes lectures, notamment de Blanchet et Gotman (2001) ou de De Ketele et Roegiers (2009), ainsi que nos propres observations nous ont permis de ressortir certains aspects. Nous recensons ces différents éléments sous forme de points.

Les points forts des entretiens semi-directifs :

- La méthode permet d'étudier des éléments qui ne sont pas observables.
- Les entretiens semi-directifs permettent de récolter différents avis sur les questions et hypothèses du travail.
- La personne interviewée peut s'exprimer relativement librement sur un sujet.
- Ces entretiens permettent une discussion.

Les limites des entretiens semi-directifs :

- La formulation des questions peut induire certaines réponses de la personne interviewée.
- La méthode demande du temps (mener les entretiens, puis les retranscrire).
- La personne interviewée peut dissimuler ou modifier certaines informations.
- Le chercheur risque de trahir les propos de la personne interviewée s'il n'est pas honnête et objectif.

5.5 Protection des données et considérations éthiques

Nous garantissons que les données récoltées seront utilisées uniquement dans le cadre de notre mémoire de fin d'études. Nous avons également veillé à assurer l'anonymat de tout intervenant en modifiant le nom, le prénom ainsi que le lieu. Toutes les traces audio récoltées lors de notre enquête seront détruites au terme de notre travail de recherche.

Lors des différents entretiens, il est important que nos interlocuteurs soient au courant du but de notre travail, mais également qu'ils se sentent en confiance. C'est pourquoi, lors des entretiens, les personnes interrogées peuvent refuser de répondre aux questions qui les embarrassent.

6 Analyse des données

Nous allons maintenant présenter et analyser les données que nous avons récoltées lors des différents entretiens. Pour ce faire, nous avons travaillé à l'aide d'un tableau de traitement de données consultable en annexe II.

Afin d'analyser tous les éléments avec rigueur et dans le détail, nous avons décidé de traiter un élément après l'autre, en comparant dans un premier temps les propos des deux personnes interrogées, à savoir les élèves. Ainsi nous allons pouvoir mettre en évidence les points de convergence ou de divergence qui existent entre des acteurs appartenant à la même catégorie. Dans un second temps, nous nous référerons aux représentations des autres acteurs interrogés, à savoir les parents et les enseignants. Nous pourrons ainsi observer et mettre en exergue les congruences ou les divergences de représentations sur l'aspect concerné entre les trois catégories.

6.1 Rapport à soi-même des enfants diagnostiqués TDA/H

6.1.1 Représentations des enfants eux-mêmes

La perception de soi des enfants diagnostiqués TDA/H varie grandement en fonction de ces derniers. En effet, nos entretiens nous ont montré que l'élève 1 dit se trouver gentil, drôle, amusant et bien intégré autant dans sa famille qu'avec ses amis. Il relève cependant être différent des autres, puisqu'il est moins concentré et a un besoin de bouger plus élevé que ses camarades. Malgré sa bonne intégration, il explique avoir essayé de faire comme ses camarades pour ne pas se faire remarquer. Tandis que l'élève 2 dit s'apprécier mais se sentir très isolé, mis à l'écart. Il exprime également avoir l'impression d'être le souffre-douleur de sa classe depuis l'école infantine.

Nous avons pu remarquer que la perception de soi peut varier selon le contexte scolaire ou extra-scolaire. L'élève 1 ne parle d'aucun changement. En effet, il dit se trouver toujours drôle et bien intégré peu importe la situation. Cependant, l'élève 2 fait la différence entre le contexte de l'école et celui hors-école. Comme indiqué ci-dessus, à l'école il déclare se sentir délaissé, souffre-douleur et avoir peu de copains. D'ailleurs lors de l'entretien, il ne parle que d'un seul ami à l'école. Il explique également essayer d'être « cool » comme les autres et de faire comme eux dans le but d'être apprécié par ces derniers. Cependant, il précise ne pas vouloir en faire trop pour ne pas passer pour un « nul » et a peur « d'avoir la honte ». En dehors de l'école, il affirme être « cool », avoir des amis et être bien intégré.

6.1.1.1 Estime de soi des enfants diagnostiqués TDA/H

En ce qui concerne l'estime de soi de ces enfants, nous avons analysé les données en fonction des quatre dimensions de cette dernière, à savoir la confiance en soi, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence.

Confiance en soi

Nous avons remarqué que l'élève 1, à l'entendre, semble afficher une plus grande confiance en soi que l'élève 2. En effet, il affirme que rien ne lui fait peur, qu'il est le premier à respecter les délais, qu'il rend des travaux en ordre et qu'il est confiant pour son avenir. Cependant, il fait des distinctions entre les moments où il se trouve sous l'effet du médicament et les autres périodes. Nous constatons alors que la vision qu'il a de lui-même change radicalement en fonction de la prise ou non de médicament, principalement au sujet des règles et des refus. En effet, il est conscient de réagir différemment s'il est médicamenté ou non. Il dit comprendre et accepter plus facilement ces deux éléments lorsqu'il prend son médicament. De plus, il explique avoir essayé de faire comme les autres afin de ne pas être différent et que son trouble ne se remarque pas. Ceci nous montre qu'il se sent différent, mais ne veut pas que les gens le remarquent. Ce qui vient nuancer la vision extrêmement confiante et positive qu'il exprime de lui-même, en nous suggérant l'hypothèse d'un mécanisme de défense. En effet, il est possible que ce ne soit pas si simple pour lui et qu'il ait besoin d'une protection qui lui fasse voir le positif et ignorer les éléments plus négatifs.

L'élève 2 tient des propos beaucoup plus nuancés que l'élève 1. Il avoue être stressé, rencontrer des difficultés avec les délais et les règles et essayer de faire comme les autres afin d'être accepté par ces derniers. Ces éléments nous montrent que l'élève 2 reconnaît ses faiblesses et ses limites.

Nous remarquons cependant un point de convergence entre les deux enfants : une attitude camouflage de leurs différences grâce au mimétisme. En effet, tous deux ont essayé d'imiter leurs camarades afin de cacher leur trouble aux autres enfants et, en quelque sorte, d'être comme tout le monde.

Connaissance de soi

Les deux enfants semblent avoir une bonne connaissance de leur propre personne. Ils sont parvenus à se définir dans les différents domaines scolaires mais également par rapport à leur créativité ainsi qu'à leur capacité à rencontrer de nouvelles personnes. Sur cet aspect de l'estime de soi, leurs réponses se ressemblent. Tous deux ont affirmé rencontrer quelques difficultés lors de nouvelles rencontres. Ceci peut être mis en lien avec le manque de confiance relevé ci-dessus. Il est en effet plus difficile de rencontrer des personnes inconnues lorsque nous sommes timides et manquons de confiance en nous. Cependant, cela peut aussi être vu comme quelque chose d'habituel qui se manifeste chez l'homme lorsqu'il est face à l'inconnu.

Sentiment d'appartenance

Ce sentiment est exprimé de façon tout à fait différente chez les deux enfants. En effet, le premier explique être bien intégré autant avec ses amis que dans sa famille, avoir plusieurs copains et préférer être en groupe. Nous en déduisons que son sentiment d'appartenance est élevé. Le second, quant à lui, ne parle que d'un ami à l'école et exprime être le souffre-douleur des autres, s'isoler lors des travaux de groupe et préférer être seul plutôt qu'en groupe. Ces propos nous amènent à la conclusion que son sentiment d'appartenance, principalement à l'école, est extrêmement faible.

Sentiment de compétence

Tout comme le sentiment d'appartenance, celui-ci varie grandement en fonction des enfants. L'élève 1 exprime se sentir compétent mais ne pas aimer étudier. Il affirme qu'il « bosse quand même un minimum pour réussir le 4 ». Les propos de sa mère vont également dans ce sens. Elle explique que si son fils travaillait « ne serait-ce que dix minutes, il serait le premier de sa classe ». Ce sentiment de compétence est nettement plus faible chez l'élève 2. En effet, ce dernier dit être conscient de travailler davantage que ses camarades et s'aperçoit que les résultats ne suivent pas : « Les résultats... ça vaut bien mieux que ça. (...) C'est très mal récompensé ».

6.1.2 Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)

Afin d'avoir une vision extérieure de la situation de ces élèves, nous avons questionné les enseignants respectifs qui ont vécu l'arrêt de Ritaline®. Les dires de l'enseignant 2 corroborent ceux de l'enfant 2. En effet, ce dernier explique qu'il a énormément travaillé l'aspect social avec cet enfant, car celui-ci était souvent mis de côté et ses camarades se moquaient de lui. Il rencontrait donc des difficultés d'intégration au sein de sa classe. Cependant, les propos de l'enseignant 1 divergent de ce que l'élève 1 nous a affirmé. L'enseignant 1 parle d'un enfant relativement isolé et ayant « de la peine à entrer en relation avec ses camarades ». Cette information peut amener une nouvelle façon de traiter les dires de l'élève 1. Ce dernier, n'étant pas bien intégré, a essayé d'imiter ses camarades afin d'être accepté par ceux-ci.

6.1.3 Synthèse des représentations des divers interrogés

Nous pouvons déduire que le rapport à soi ainsi que l'estime de soi des enfants diagnostiqués TDA/H varient selon ces derniers, à savoir selon leur façon de connoter et d'interpréter leur vécu. Les expériences de vie, les représentations et les interprétations du vécu étant propres à chaque individu, il est difficile d'en tirer une généralité. De plus,

nous avons pu constater une divergence entre les propos de l'élève 1 et ceux de son enseignant. Nous ne pouvons fournir d'explications certaines à cela, mais suite à une discussion avec la maman, il est possible que cet élève ait mis en place des mécanismes de défense pour se protéger de certains éléments liés à son trouble.

Ces entretiens nous ont également permis de découvrir un point de convergence en ce qui concerne les relations sociales. Bien que l'élève 1 ait affirmé être bien intégré dans sa classe, nous avons pu constater, en entendant son enseignant, que ce n'était pas forcément le cas, tout comme l'élève 2. Les interactions et les relations avec les pairs apparaissent comme un aspect majeur pour les enfants diagnostiqués TDA/H.

6.2 Rapport au diagnostic

6.2.1 Représentations des enfants eux-mêmes

Comment tu t'es senti quand tu as su que tu étais TDA/H ?	
Élève 1	Élève 2
Ça m'a pas changé la vie.	Je me disais « qu'est-ce que ça me concerne ? »... C'est juste une maladie. C'est parce qu'au début je savais pas très bien les effets... c'est après qu'on a commencé à tout me dire (...) Pis après j'ai commencé à m'inquiéter. (...) Un petit peu peur d'être différent des autres, d'être délaissé...

Tableau 1 (Réponses des élèves à l'annonce du diagnostic)

L'élève 1 semble avoir été très détaché de cette annonce et de son trouble. Il affirme que cette dernière ne l'a pas perturbé et n'a rien changé pour lui. Il n'a d'ailleurs eu de souci ni avec son trouble, ni avec le traitement médicamenteux dont nous parlerons au chapitre suivant. L'élève 2 a eu une toute autre réaction qui a évolué au fil du temps. Tout d'abord il ne s'est pas senti concerné par le diagnostic, comme si cette annonce ne le touchait pas outre mesure. Une discussion entre les parents, le médecin et l'enfant a ensuite eu lieu. Cette dernière a permis d'éclaircir certains aspects concernant ce trouble. Suite à ces explications, l'enfant a dit être devenu inquiet, avoir eu peur d'être différent des autres, d'être délaissé et de ne pas réussir, notamment à l'école.

6.2.2 Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)

Les réactions des parents ont été passablement différentes de celles des enfants, mais similaires entre elles. Le parent 1 supposait le TDA/H de son enfant. Cependant l'annonce du diagnostic l'a soulagé, car ce dernier lui a permis de rattacher les difficultés de son enfant à un trouble défini. En effet, une fois le diagnostic posé, le parent 1 a dit avoir pu faire preuve de davantage de compassion à l'égard de son fils. Il qualifie ce trouble de sournois, car « nous ne le voyons pas forcément et de ce fait nous pensons souvent que l'enfant fait exprès ». Pour le parent 2, ce n'est qu'après de nombreux tests que le diagnostic a été posé. Il explique que celui-ci l'a soulagé, mais ce n'a été que de courte durée. En effet, ce soulagement s'est rapidement transformé en peur, puisque les médecins ont directement parlé d'un traitement sous Ritaline®.

6.2.3 Synthèse des représentations des divers interrogés

On peut à nouveau constater sur ce point que les réactions face au diagnostic sont, tout comme le rapport à soi, extrêmement diverses en fonction des individus. Elles s'expriment, chez les enfants, sous la forme d'une apparente imperturbabilité ou d'une angoisse post-explication. Chez les parents, elles apparaissent comme un soulagement, car l'annonce du trouble leur permet de mieux accepter et comprendre les comportements de leur enfant.

6.3 Rapport au traitement médicamenteux

Dans ce chapitre nous traiterons deux aspects relatifs au traitement médicamenteux : d'une part, les réactions des différentes personnes face à l'annonce d'un traitement sous Ritaline® et d'autre part, les changements dus à l'effet du médicament.

6.3.1 Représentations des enfants eux-mêmes

Quand on t'a parlé de la Ritaline®, comment tu as réagi ?	
Élève 1	Élève 2
Pfff, ça me faisait ni chaud ni froid. Je prends mon médicament, pis... pis voilà.	Ben heu... pas du tout réagi... je me suis juste posé la question de quelle taille il faisait le médicament.

Tableau 2 (Réponses des élèves à l'annonce d'un traitement médicamenteux)

Pour l'élève 1, la prise d'un traitement médicamenteux ne l'inquiète pas. Tout comme pour l'annonce du trouble, il semble très détaché de tout élément ayant un rapport avec son trouble.

Quant à l'élève 2, sa préoccupation portait avant tout sur la taille du médicament. En effet, ayant dû suivre un précédent traitement, il avait peur que le médicament proposé soit trop grand et qu'il n'arrive pas à l'avaler.

Quand tu prends le médicament (Ritaline®), tu remarques un changement ? Par rapport au médicament (Ritaline®), tu dirais qu'il fait quoi comme effet(s) ?	
Élève 1	Élève 2
Ouais, j'arrive mieux à m'intégrer au groupe, avec les autres. Ben... Je... concentré. Moins bavard heu... pis moins amusant.	C'est un peu comme un zombie... Pas dans la lune, mais j'étais concentré dessus... je pensais plus à rien du tout, je pensais juste à la fiche... c'est comme le zombie qui pense au cerveau... J'étais calme... comme ça... Ben comme un zombie, extrêmement calme. On peut dire que je bougeais même pas un cil, je respirais juste, je clignais des yeux et j'avais juste ma main qui bougeait comme ça pour écrire sur la feuille.

Tableau 3 (Réponses des élèves relatives aux effets de la Ritaline®)

L'élève 1 relève que lorsqu'il prenait la Ritaline®, il se trouvait plus concentré, moins drôle et moins bavard. Plus tard dans l'entretien, il affirme également que, pour lui, sa vraie personnalité « c'est l'humour ». Cependant, avec le médicament, il était moins drôle. Nous pouvons donc déduire que lors du traitement, cet enfant ne se sentait plus réellement lui-même, puisqu'il a mentionné que certains aspects de sa personnalité n'étaient plus présents.

L'élève 2 a réussi à décrire plus précisément son ressenti lorsqu'il était sous Ritaline®. Il s'est comparé à un « zombie ». Il se trouvait extrêmement calme et nous a fait comprendre qu'il ne contrôlait plus tout à fait ses gestes, mais que ceux-ci se faisaient automatiquement. De plus, il ne pensait à rien d'autre qu'à ce qu'il devait faire. Tandis que sans Ritaline® il considère qu'il peut s'exprimer, se défouler, se lâcher. Nous constatons donc que cet enfant perçoit un réel changement entre les moments où il est sous médication et le reste du temps. Ce traitement ne lui laisse pas de bons souvenirs. D'ailleurs, plus tard dans l'entretien, il explique qu'il souhaiterait pouvoir rester concentré comme lorsqu'il prenait la Ritaline® mais que les effets relatifs à sa sensation de « zombie » disparaissent.

6.3.2 Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)

Nous avons mis en évidence ci-dessus que l'annonce d'un traitement médicamenteux laissait l'enfant 1 indifférent. Cependant, lors de la discussion avec sa maman, cette dernière nous a expliqué qu'au début de la prise du traitement de Ritaline®, elle devait vérifier que son enfant prenait son médicament. Sans ce contrôle, il le jetait à la poubelle. Ces deux affirmations étant relativement contradictoires, nous pouvons supposer que le traitement médicamenteux ne laissait pas l'enfant 1 totalement indifférent. Cela peut à nouveau être lié aux mécanismes de défense dont nous avons parlé précédemment. L'enfant s'est créé une défense pour ne pas être touché par ce qu'il vit. La mère de celui-ci nous a également expliqué qu'elle a mis six mois pour accepter ce traitement. Elle était très réticente et a essayé différentes alternatives qui pouvaient suppléer à la Ritaline®. Elle a notamment testé les médecines naturelles ou encore certains régimes nutritionnels, mais ces différentes tentatives n'ont pas été concluantes. L'arrivée d'un nouvel enfant a été décisive dans la décision de prise de Ritaline®, car la maman ne voulait pas « recommencer ça (une telle situation) une deuxième année ».

Quant au parent 2, il explique avoir eu peur de donner de la Ritaline® à son enfant et ne comprenait pas en quoi un médicament relatif à l'hyperactivité pouvait aider son fils diagnostiqué pour le trouble déficitaire de l'attention. De nombreuses discussions avec le médecin ont alors eu lieu. Ce dernier a expliqué aux parents que d'autres alternatives étaient possibles, mais qu'au final la Ritaline® serait la solution. Il a également insisté sur le fait de penser en priorité au bien-être de l'enfant. Ces différents entretiens ont amené les parents à opter pour un traitement de Ritaline®.

Afin de rendre plus lisibles les changements relatifs à la prise du médicament constatés par les parents et les enseignants, nous avons synthétisé leurs réponses dans le tableau ci-dessous.

Réponses relatives aux changements perçus lors de la prise de Ritaline®	
Parents	
Parent 1	Parent 2
Il n'est plus dans l'émotionnel, il a accès au raisonnement. La différence était flagrante. Il était posé, et il pouvait écouter ce qu'on lui disait.	Ça a changé beaucoup pour les devoirs, il va rester assis, il va même se concentrer. Lui se sentait mieux, lui était mieux, lui avait moins de conflits à l'école.
Enseignants	
Enseignant 1	Enseignant 2
D'un point de vue du comportement, c'était gérable, c'était pas un ange, il avait besoin de bouger. D'un point de vue des apprentissages, c'était plus difficile. Avec ses camarades... relativement isolé.	Il a besoin de beaucoup plus de temps. C'est vraiment l'attention (la difficulté de l'enfant). Il était souvent seul (...) tout le monde un peu se moquait de lui.

Tableau 4 (Réponses des parents et enseignants relatives aux changements perçus dus à la Ritaline®)

Les deux parents ont constaté des améliorations, notamment au niveau des apprentissages. Le parent 1 ajoute que l'enfant est plus raisonné. Quant au parent 2, il précise que son fils allait mieux. Contrairement à ses dires, l'enfant 2 nous a expliqué non pas se sentir mieux, mais s'identifier à un « zombie ». Il nous paraît important de relever cette divergence de représentations, car elle pourrait expliquer certaines décisions qui s'y rapportent.

Deux éléments sont principalement ressortis des propos des enseignants. Le premier élément concerne les difficultés d'apprentissage, principalement au niveau des leçons et de leur mise en application, et le second se rapporte aux problèmes d'intégration. Tous deux affirment que les enfants étaient relativement isolés dans leur classe, comme nous en avons déjà parlé dans le chapitre « Rapport à soi-même de l'enfant diagnostiqué TDA/H ».

6.3.3 Synthèse des représentations des divers interrogés

Nous remarquons que ce traitement médicamenteux ne laisse pas les enfants tranquilles. Chacun d'eux en est préoccupé, mais pour diverses raisons. Nous pouvons également mettre en lien leurs réactions avec celles de leur parent. Comme nous l'avons vu, les deux mamans ne voulaient pas donner de Ritaline® à leur enfant, car elles éprouvaient quelques craintes face au médicament. Il est possible que leurs appréhensions face à la Ritaline® aient pu être ressenties par leur enfant et aient eu une quelconque influence sur eux, par exemple sur leurs représentations ou encore leurs réactions face à la Ritaline®. Mais il se peut aussi que leur expérience de la prise de Ritaline® soit venue confirmer les appréhensions de leur mère.

Les enfants mettent en évidence différents changements dus à la prise de Ritaline®. Les deux semblent avoir relativement mal vécu cette période. En effet, ils ont exprimé qu'ils se sentaient différents, comme si la prise de Ritaline® venait en quelque sorte modifier leur personnalité. Ils ont cependant relevé que ce médicament leur permettait d'être plus calmes et concentrés. Les deux parents confirment cette dernière affirmation, mais percevaient leur enfant comme plus rationnel ou encore mieux dans sa peau. Nous supposons une explication à cette divergence. La disparition des comportements inadéquats des enfants amène un soulagement chez les parents. Ce dernier peut être reporté sur la vision que les parents ont de leur enfant et le percevoir ainsi comme mieux dans sa peau. Cela nous permet de déduire où se situent l'angoisse et la difficulté des parents face à la différence de leur enfant par rapport aux autres.

6.4 Rapport à l'arrêt de la prise de Ritaline® pour la prise d'un nouveau médicament

6.4.1 Représentations des enfants eux-mêmes

Dans notre guide d'entretien, nous avons prévu de demander aux élèves les raisons qui les ont poussés à mettre un terme au traitement de Ritaline®. Cependant, nous avons interrogé leur maman respective et, dans les deux cas, les parents ont décidé de changer de médicament pour diverses raisons que nous analyserons plus tard.

Quand t'as changé de médicament, tu t'es senti comment ? Pis toi ça t'a changé quelque chose d'avoir changé de médicament ?	
Élève 1	Élève 2
Il (le nouveau médicament) était moins bon. J'ai commencé à faire des conneries.	J'étais un peu moins concentré. Les notes elles ont commencé à chuter gravement. Ben le reste ça a rien changé. À part un

	<p>petit peu le comportement, hyperactivité et ça... enfin j'suis pas hyperactif, mais bouger... des choses dans le genre.</p> <p>Différence c'est que le zombie il a... la moitié du corps c'est humain, l'autre moitié du corps c'est zombie.</p>
--	---

Tableau 5 (Réponse des élèves relatives aux effets du nouveau médicament)

L'élève 1 a relevé que lorsqu'il a changé de médicament son comportement s'est modifié et ses comportements inappropriés ont réapparu. Il ne parle d'aucun autre changement important. L'élève 2 a davantage explicité les changements qu'il a pu observer durant cette période. Il a tout d'abord parlé de deux symptômes du TDA/H : l'hyperactivité et l'inattention. Il met en évidence le fait que le nouveau traitement est moins fort, puisque les deux symptômes réapparaissent. Il a également vu ses résultats scolaires baisser. Cela est probablement dû aux nouvelles difficultés d'attention auxquelles il doit faire face. Ses relations avec ses camarades n'ont cependant pas changé et il explique se trouver toujours seul et délaissé.

Nous remarquons à nouveau que l'élève 1 est moins touché par ces différents changements que l'élève 2. Cela peut à nouveau être dû aux mécanismes de défense qu'il s'est créés afin de relativiser la réalité à laquelle il est confronté. L'élève 2 a relativement bien vécu ce changement, puisqu'il a pu retrouver une partie de lui-même : il n'était plus qu'à « moitié zombie ». De plus, nous le verrons plus tard, son enseignant affirme que lorsqu'il a arrêté de prendre la Ritaline®, il était beaucoup plus « rayonnant ».

6.4.2 Représentations des autres catégories interrogées (parents et enseignants)

Comme expliqué précédemment, dans les deux cas ce sont les parents qui ont décidé de mettre un terme au traitement médicamenteux. Le parent 1 dit avoir décidé d'arrêter, car personne ne savait lui dire « si le cerveau sous médicament apprend à travailler seul ». Autrement dit, l'arrêt est dû à un manque de connaissances au sujet des effets de la Ritaline®. Le parent 1 a exprimé avoir eu peur que son enfant ne puisse plus utiliser correctement son cerveau une fois le traitement arrêté. Pour le parent 2, ce sont les effets secondaires du traitement qui l'ont amené à cesser le traitement. En effet, ce dernier explique que son enfant avait constamment mal à la tête, qu'il ne mangeait plus et qu'il rencontrait des problèmes de croissance.

Réponses relatives aux changements perçus lors de l'arrêt de la prise de Ritaline® et de la prise du nouveau traitement	
Parents	
Parent 1	Parent 2
Il y a eu aucun effet du tout. Ce qui fait qu'il a jamais réussi... c'est l'année où il a raté son année scolaire.	C'est pas autant efficace quoi.
Enseignants	
Enseignant 1	Enseignant 2
Un élève beaucoup plus difficile à gérer... avec une capacité d'attention très limitée et un besoin de bouger constant. On tournait souvent autour du comportement de cet enfant durant le conseil (de classe).	Beaucoup moins d'attention, mais mieux dans sa peau. Plus épanoui. (...) Mais au niveau scolaire, moins bon.

Tableau 6 (Réponses des parents et enseignants relatives aux changements perçus dus au nouveau médicament)

Les réponses des parents sont très centrées sur l'efficacité du nouveau médicament. Tous deux affirment que le traitement qui a substitué la Ritaline® agit moins efficacement que cette dernière.

Les remarques des enseignants sont plus concrètes. L'enseignant 1 met en avant les difficultés relatives à l'inattention et à l'hyperactivité qui ont rendu la gestion de cet élève ainsi que ses relations sociales plus difficiles. Lors de l'entretien cet enseignant a également expliqué avoir adapté le temps pour les évaluations, réduit la quantité de travail à domicile et été plus permissif quant à certains comportements. Il a réalisé ces ajustements lorsque l'enfant a cessé de prendre le traitement de Ritaline®. L'enseignant 2 a, pour sa part, relevé de nombreux changements positifs au niveau de l'élève lui-même et de ses relations sociales tout en précisant que les résultats scolaires ont baissé au moment du changement de médication. Il explique avoir également ajusté certains éléments pour cet élève : favoriser la qualité plutôt que la quantité, accorder des moments pour parler et éviter les punitions. Il précise cependant avoir mis cela en place lorsque l'enfant prenait la Ritaline® et ne pas avoir changé de ligne directrice suite au changement de médicament.

6.4.3 Synthèse des représentations des divers interrogés

Nous constatons que les décisions d'arrêt du traitement, bien qu'elles soient différentes, concernent toutes les deux les effets de la Ritaline®.

Nous remarquons également que les changements ont été nombreux, variés et autant positifs que négatifs. En effet, l'enfant 1 a vu son hyperactivité refaire surface et, avec elle, les comportements inadéquats qui dérangent ses camarades. L'enfant 2, quant à lui, a relativement bien vécu ce changement. Il dit s'être senti davantage lui-même et ses relations sociales semblent, à ses dires et à ceux de son enseignant, s'être améliorées.

7 Interprétation des résultats

Nous allons à présent examiner les relations existant entre nos hypothèses de recherche et les résultats que nous avons obtenus. Cette démarche nous permettra au final de répondre à nos différentes questions de recherche. Afin de rédiger cette partie, nous aborderons ces dernières les unes après les autres dans l'ordre où nous les avons énoncées. Nous traiterons donc tout d'abord les questions relatives aux enfants, puis celles des parents et pour terminer celles des enseignants.

1. Dans quelle mesure l'image que l'enfant diagnostiqué TDA/H a de lui-même (comme non-malade) amène-t-elle l'enfant à mettre un terme au traitement de Ritaline® ?

Contrairement à ce que nous avons formulé dans notre hypothèse, la perception de soi des enfants diagnostiqués TDA/H n'a pas joué de rôle dans l'arrêt puis le changement de médicament. Notre analyse a permis de mettre en lumière le fait que la décision d'arrêter le traitement de Ritaline® a été prise, dans les deux cas, par les parents. De plus, la perception que ces derniers ont de leur enfant n'a également pas été la cause de cette décision. Dans les deux cas, le choix de mettre un terme au traitement de Ritaline® est étroitement lié aux effets de ce dernier. En effet, nous avons relevé d'une part, le manque de connaissances quant aux répercussions à long terme d'un tel traitement et, d'autre part, les effets secondaires indésirables que ce médicament peut provoquer. Dans

notre recherche, les enfants ont donc été sujets au choix de leurs parents et l'image de soi de ces derniers n'a pas eu d'influence dans ce changement de traitement.

2. De quelle(s) façon(s) l'estime de soi d'un enfant diagnostiqué TDA/H et ayant arrêté la prise de Ritaline® pour un autre médicament peut-elle se voir affectée par les conséquences de ce changement (principalement la réapparition des troubles) sur son comportement et sur le comportement de ses proches ?

L'analyse des données relatives aux quatre dimensions de l'estime de soi nous a permis de relever une faible confiance en soi des deux enfants. L'élément le plus marquant de cette dernière concerne le rapport aux autres. En effet, les deux enfants ont tenté de cacher leur différence en imitant leurs camarades et ainsi se faire accepter par ces derniers. Cependant les deux élèves semblaient avoir une bonne connaissance d'eux-mêmes et parvenaient à se qualifier dans différents domaines. La dernière dimension de l'estime de soi, à savoir le sentiment de compétence, variait d'un enfant à l'autre. En effet, l'élève 1 est conscient d'être compétent et de pouvoir obtenir de bonnes notes à l'école, mais le minimum lui suffit. L'enfant 2 a une toute autre vision. Il est conscient de beaucoup travailler, mais s'aperçoit que le travail fourni ne porte pas ses fruits. Ceci a donc un impact sur son sentiment de compétence. En résumé, nous remarquons que pour l'élève 1 deux dimensions sur les quatre retenues pour le concept d'estime de soi sont relativement faibles, tandis que pour l'élève 2 trois sur quatre le sont.

De plus, les enfants nous ont affirmé que leurs comportements inadaptés avaient réapparu lors du changement de médicament. Ces comportements ont donc provoqué des réactions de la part de leur entourage, autant chez leurs camarades, leurs enseignants ou encore leurs parents. L'enseignant 1 a expliqué que les élèves se plaignaient du comportement de l'enfant 1 et que lui-même était également devenu moins tolérant à son égard. Nous constatons donc que la résurgence des comportements inappropriés de l'enfant amène des réactions négatives de la part de son entourage et, de ce fait, peut venir affecter l'estime que ce dernier a de lui-même.

Il est également important de préciser, que les deux enfants ont affirmé préférer ne pas être médicamentés. En effet, ils considèrent que leur vraie personnalité peut alors s'exprimer.

Développons à présent les réponses aux questions de recherche relatives aux parents d'enfants diagnostiqués TDA/H.

3. Dans quelle mesure les représentations qu'ont les parents de leur enfant diagnostiqué TDA/H les amènent à adopter un traitement médicamenteux ?

Nous avons posé l'hypothèse que les représentations que les parents ont de leur enfant diagnostiqué TDA/H en tant qu'être « malade » ou « hors de la norme » les amènent à opter pour un traitement médicamenteux. Les différents entretiens nous ont cependant montré que le choix d'un traitement médicamenteux n'est pas explicitement lié aux représentations que les parents ont de leur enfant. Dans les deux cas, le choix d'un traitement de Ritaline® a été influencé par la situation. En effet, les deux parents affirment que la situation avec leur enfant était devenue très difficile et de moins en moins vivable. Des éléments déclencheurs ont cependant incité les parents à prendre leur décision. Pour le parent 1, la venue au monde d'un nouvel enfant a motivé son choix, tandis que pour le parent 2, ce sont les conseils du médecin qui l'ont poussé à adopter ce traitement. En d'autres termes, les comportements et réactions de l'enfant diagnostiqué TDA/H rendaient la vie familiale (ainsi que scolaire) très difficile et ont amené les parents à adopter un

traitement susceptible de soulager ces situations. Nous pouvons cependant supposer que ces difficultés ont influencé la perception des parents vis-à-vis de leur enfant et que cette dernière a influé sur leur décision de traitement.

Nous tenons cependant à relever que durant l'entretien avec le parent 2, ce dernier a fréquemment parlé de la « maladie » de l'enfant. Ce terme ne nous semble pas anodin, puisqu'il suppose la vision d'un « enfant-malade ». Et comme nous l'avons déjà relevé, nos représentations guident nos actions (Ehrlich, 1985). Cette vision, peut-être inconsciente, a probablement influencé le parent 2 à opter pour un traitement de Ritaline® pour son enfant.

4. Dans quelle mesure la prise et l'arrêt du traitement au profit d'un autre supposent pour les parents un réajustement de leurs représentations initiales ?

Les entretiens nous ont permis de relever l'apparente faible efficacité du nouveau médicament chez les deux enfants. Les parents ont principalement comparé leur enfant lorsqu'il prenait la Ritaline® et actuellement lorsqu'il prend le nouveau médicament. Tous deux ont expliqué que leur enfant était plus calme, plus concentré et plus posé lorsqu'il prenait la Ritaline® et ont énoncé la moindre efficacité du nouveau traitement. Ils n'ont pas explicitement parlé d'un changement de vision vis-à-vis du comportement de leur enfant, mais plutôt de la résurgence de comportements inappropriés. Ceci nous amène au fait que la représentation que les parents avaient de leur enfant lorsqu'il prenait la Ritaline® et celle qu'ils ont actuellement avec le nouveau médicament a passablement changé. Nous pouvons donc affirmer qu'il y a eu un réajustement de leurs représentations initiales dans la mesure où leur enfant a à nouveau des comportements « hors de la norme ». En d'autres termes, l'enfant sous Ritaline® était considéré comme « dans la norme », puisqu'il agissait comme tout autre enfant. Le changement de traitement, ayant fait réapparaître les comportements inadéquats, amène les parents à voir leur enfant comme « hors de la norme ».

Nous souhaitons préciser que bien que le parent 2 ait parlé de la « maladie » de son enfant, la vision de « l'enfant-malade » n'est réellement ressortie de ses propos. Il est cependant possible que cette idée ait été présente et ait également influencé les représentations de ce parent.

5. Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline® suppose pour les parents une réorientation / une redéfinition de leurs stratégies familiales ?

Nos différents entretiens nous ont permis de mettre en évidence la différence dans le choix des stratégies mises en place par les parents. En effet, les deux parents n'ont pas réagi de la même manière et ont modifié ou adopté des stratégies diverses.

Une fois le diagnostic posé, le parent 1 a passablement aidé son enfant lors des devoirs et des leçons. Il explique qu'il devait constamment être à ses côtés pour que celui-ci travaille. Il en est même arrivé au point de faire le travail à la place de son enfant. Les règles de vie n'ont cependant pas été différentes pour l'enfant 1. Il explique que les règles n'ont pas changé une fois l'arrêt de Ritaline®. Au contraire, il est même revenu en arrière et laisse à présent son enfant travailler de manière autonome. Ce durcissement des règles de vie est dû à l'âge de l'enfant 1. En effet, le parent 1 considère que l'enfant doit pouvoir se débrouiller par lui-même et respecter les règles qui lui sont imposées. Nous remarquons donc que le changement de stratégies a été influencé par l'annonce du diagnostic. Comme l'a relevé Galley (2002), l'annonce du diagnostic peut provoquer de nombreux changements, notamment au niveau des représentations qui, elles,

conditionnent nos actions. Le changement de médication, quant à lui, n'a eu aucun impact sur les stratégies familiales.

Lorsque le parent 2 a appris le diagnostic de son enfant, il a alors suivi les conseils du pédopsychiatre, à savoir poser un cadre et ne pas sortir de ce dernier. Selon lui, l'enfant doit apprendre à respecter les règles. Les stratégies d'apprentissage n'ont également pas changé, puisque le parent 2 considère que les leçons, il faut les apprendre et donc les rabâcher. Le changement de médicament n'a donc joué aucun rôle dans les stratégies familiales. Nous remarquons que ces dernières ont uniquement été influencées par les dires et les conseils du pédopsychiatre.

Nous constatons que notre hypothèse n'est pas confirmée, puisque l'arrêt de prise de Ritaline® n'a aucunement modifié l'organisation familiale. Nous émettons l'hypothèse que cela aurait peut-être été différent si l'arrêt de Ritaline® correspondait à un arrêt total de médication et non une substitution par un médicament moins fort.

Pour terminer, examinons les réponses apportées par les enseignants ayant travaillé durant deux ans avec un enfant diagnostiqué TDA/H.

6. Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline®, au profit d'un autre médicament, suppose pour les enseignants une réorientation /une redéfinition de leurs stratégies de gestion de classe et une modification de leurs comportements professionnels ?

Les deux enseignants se sont montrés tout à fait consensuels concernant les stratégies de gestion de classe : face à un élève diagnostiqué TDA/H les enseignants doivent s'adapter et trouver des pistes didactiques qui permettent à cet enfant de s'intégrer et de suivre un cursus scolaire ordinaire. L'enseignant 2 a tout de suite mis en place de nouvelles stratégies et les a gardées autant lorsque l'enfant prenait la Ritaline® que lorsqu'il a changé de médicament. Quant à l'enseignant 1, il a modifié ses stratégies lorsque l'élève 1 a commencé le nouveau traitement.

Afin de trouver des pistes didactiques pour gérer un élève diagnostiqué TDA/H en classe, les deux enseignants ont eu des cheminements divers. L'enseignant 1 a à nouveau consulté ses cours de la HEP-VS, a fait des recherches principalement sur internet et a énormément collaboré avec la maman de cet élève qui lui donnait bon nombre de conseils. L'enseignant 2, quant à lui, a favorisé les essais. En effet, lorsqu'il remarquait qu'un élément mis en place ne fonctionnait pas avec cet élève, il le changeait jusqu'à ce qu'il trouve une technique qui lui correspondait.

Il nous paraît également intéressant de comparer les différentes stratégies utilisées par ces enseignants. L'enseignant 1 accordait plus de temps lors des évaluations ou les découpait en plusieurs périodes, puisque la capacité d'attention de l'élève 1 était très limitée. Il réduisait également la quantité de devoirs à effectuer à la maison et favorisait donc la qualité. Il était également plus permissif vis-à-vis des comportements inadaptés de l'enfant. L'enseignant 2 a également favorisé la qualité plutôt que la quantité en réduisant les tâches à domicile. Il plaçait toujours l'élève 2 proche de lui afin de pouvoir avoir un œil sur ce dernier et l'encourager lors d'examens, puisque le temps consacré pour l'épreuve était le même pour tous les élèves. Il évitait également les punitions avec cet enfant, car cela peut devenir un cercle vicieux.

Nous remarquons donc que passablement d'éléments sont semblables et qu'en grande partie ils visent à atténuer les difficultés d'attention de ces deux élèves.

Nous avons pu mettre en lumière que l'enseignant 1 a redéfini ses stratégies de gestion de classe lors du changement de médicament. Ceci peut être lié au changement de représentation de l'enseignant face à l'enfant étant donné que des comportements « hors de la norme » ont réapparu. Et, comme l'ont relevé de nombreux auteurs (Ehrlich, 1985 ; Leplat, 1985), les représentations guident nos actions. Dans ce cas, la vision de l'enseignant vis-à-vis de l'enfant comme étant « hors de la norme » l'amène à adapter ses stratégies.

Cependant, l'enseignant 2 n'a modifié aucune de ses stratégies lors du changement de médicament. Deux explications nous apparaissent : soit ses représentations de l'enfant n'ont pas changé, soit ses représentations n'ont joué aucun rôle.

7. Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline®, au profit d'un autre médicament suppose pour les enseignants une nouvelle représentation de l'humain ?

L'analyse des données nous a permis de mettre en évidence la modification de perception des enseignants vis-à-vis des enfants diagnostiqués TDA/H lors du changement de traitement médicamenteux. En effet, l'enseignant 1 a principalement relevé la réapparition de comportements inappropriés qui, pour lui, ont été difficiles à gérer et très pesants. Il est également conscient d'avoir changé de comportement à l'égard de cet enfant. Suite à l'accumulation d'éléments dérangeants et perturbateurs, l'enseignant reprenait souvent l'élève et était moins tolérant tout en étant conscient que l'enfant ne faisait pas exprès. Cette expérience a permis à l'enseignant 1 de prendre connaissance de ce trouble et d'élaborer des stratégies qu'il pourra mettre à profit dans de futures situations. L'enseignant 2, pour sa part, met en avant les changements relatifs à la joie de vivre de l'enfant. En effet, il ne parle pas de comportements inadaptés mais fait principalement référence au bien-être de l'enfant et au fait qu'il semblait être plus rayonnant et mieux intégré. Nous constatons donc que, dans les deux cas, la vision des enseignants vis-à-vis de l'élève diagnostiqué TDA/H a changé lorsque l'enfant a pris le nouveau médicament. Ces visions n'étaient pas identiques. L'enseignant 1 était plutôt dans une vision d'enfant « hors de la norme » tout en ayant à l'esprit la vision « d'enfant-malade », tandis que l'enseignant 2 avait plutôt une vision « d'enfant-épanoui ».

8 Conclusion

Il convient à présent de prendre du recul face à notre mémoire afin d'apporter un regard critique sur l'ensemble de la démarche de ce travail, mais également d'en ressortir les prolongements possibles.

8.1 Distance critique

Pour la rédaction de cette partie, nous avons décidé de reprendre les parties les unes après les autres, afin d'analyser la démarche de manière plus globale.

Tout d'abord, en ce qui concerne le choix du thème et la problématique, nous pensons avoir clairement mis en évidence l'importance de ce thème dans le domaine scolaire. Comme nous avons pu le constater, la prévalence de ce trouble n'est pas négligeable, puisqu'il touche en moyenne un enfant par classe. Nous estimons également avoir distinctement délimité le sujet de notre recherche.

Le cadre conceptuel nous semble pertinent et définit avec précision. Les différents documents scientifiques trouvés nous ont permis de rédiger un cadre conceptuel complet.

En effet, grâce à nos recherches et notre travail de synthèse, nous sommes parvenue à élaborer un cadre conceptuel clair et précis. Dans notre recherche, les concepts mis en évidence sont interdépendants et les liens entre ces derniers ont été explicités. De plus, nous avons décliné les deux concepts principaux, à savoir le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et l'estime de soi, en dimensions et indicateurs. Ce travail de décomposition, réalisé sous forme de schéma, nous a permis d'une part, d'élaborer des définitions plus fines et d'autre part, de rédiger nos différents guides d'entretien.

Le questionnement, quant à lui, a passablement changé depuis le début de ce travail. En effet, nous étions tout d'abord partie dans un questionnement très large. Nous avons ensuite retravaillé les différentes questions de manière à les rendre plus précises et concises. Nous n'avions, au début, qu'une question ciblée sur les enfants. Nous nous sommes cependant vite aperçue qu'il était nécessaire d'obtenir certaines informations de la part des parents et de l'enseignant ayant vécu le changement de médicament. En effet, ceci nous permettait d'avoir des éléments supplémentaires et donc une vision plus globale de la situation et donc une appréhension plus complète. Pour ces raisons, nous avons rédigé des questions de recherche pour les enfants ainsi que pour les parents et les enseignants. Nous pensons qu'il est plus judicieux et plus proche de la réalité d'analyser ces trois discours plutôt que de ne travailler que sur les discours des enfants. Cela s'est révélé exact, puisque dans notre travail nous avons analysé des discours contradictoires, notamment entre l'enfant 1 et son enseignant.

En ce qui concerne la méthode retenue, nous pensons qu'elle était idéale pour répondre à nos questions de recherche. En effet, les entretiens semi-directifs nous ont permis de récolter le vécu des enfants mais également de leur parent et de leur enseignant. Et, contrairement aux questionnaires, lorsqu'un élément nous semblait pertinent, nous pouvions y revenir et l'approfondir. Lors de ces entretiens, nous avons été confrontée à deux difficultés principales. Tout d'abord, il n'était pas toujours évident de rebondir sur ce que les personnes interrogées nous disaient ou de leur faire comprendre la question telle qu'elle avait été pensée. Le deuxième élément était lié au choix du sujet. Ce dernier étant très personnel, il était parfois difficile aux enfants d'en parler ouvertement. Nous estimons néanmoins que cette méthode a été très riche pour obtenir les données dont nous avons besoin pour répondre à nos questions de recherche. Nos guides d'entretiens étaient, quant à eux, relativement complets et bien structurés en fonction des dimensions des principaux concepts. Nous pensons cependant qu'ils pourraient être améliorés en insistant davantage sur la différence entre la période relative au traitement de Ritaline® et la période qui l'a suivie. Nous avons évidemment fait attention de couvrir cet aspect par différentes questions, mais lorsque nous avons analysé les données il ne s'est pas toujours avéré simple de comparer ces deux périodes. Nous pourrions notamment mettre clairement en parallèle les questions relatives au traitement de Ritaline® et celles correspondant au changement de traitement, ou simplement utiliser les mêmes questions pour les deux aspects.

L'échantillon de notre travail était composé de deux enfants, d'un de leurs parents (dans les deux cas il s'agissait de la maman) et de l'enseignant ayant vécu l'arrêt du traitement de Ritaline® pour un nouveau médicament. En d'autres termes, nous avons interrogé deux individus par catégories. Cela reste un échantillon très limité et les données doivent donc être interprétées avec prudence. En effet, les résultats ne sont en aucun cas l'égal d'une recherche à grande échelle, et donc nullement généralisables. De plus, l'échantillon retenu ne correspond pas réellement à ce que nous attendions. Effectivement, il aurait été préférable d'interroger des enfants ayant définitivement arrêté tout traitement médicamenteux. Cependant le sujet du TDA/H semble très difficile à aborder en Valais, ce qui a fortement compliqué nos recherches. En outre, peu d'enfants en âge scolaire ont définitivement arrêté le traitement de Ritaline®, et ceux qui l'ont arrêté

ne veulent plus en parler. Pour ces raisons nous avons choisi d'interroger deux enfants ayant arrêté le traitement de Ritaline® pour un autre traitement qui, à les entendre (enfants et parents), semble moins efficace.

Pour ce qui est de l'analyse des données, nous estimons être parvenue à mettre en évidence la richesse des données que nous avons récoltées lors des différents entretiens. Pour ce faire, nous avons travaillé à l'aide d'un tableau de traitement de données (annexe II) grâce auquel nous avons pu mettre de l'ordre dans les informations dont nous disposions. Afin de rendre la partie « Analyse » plus lisible pour le lecteur, nous l'avons séparée en quatre parties correspondant à quatre aspects essentiels de notre travail. De plus, le fait de mettre en parallèle les réponses des différents intervenants permet une meilleure compréhension du sujet. Suite à cette analyse, nous avons comparé les éléments ressortis avec nos hypothèses de recherche afin d'interpréter les résultats. Lors de la rédaction de cette dernière partie, nous nous sommes vue confrontée à plusieurs difficultés. Tout d'abord, nous nous sommes rendu compte qu'il n'est pas possible d'évaluer l'estime de soi d'une personne en nous basant uniquement sur les quatre dimensions proposées par notre travail. En effet, ce concept est extrêmement complexe. Durant la réalisation de notre travail, nous avons remarqué que la situation familiale ou encore les expériences vécues par les personnes influencent l'estime de soi de ces dernières. Nous pouvons alors représenter l'estime de soi à l'aide d'un schéma :

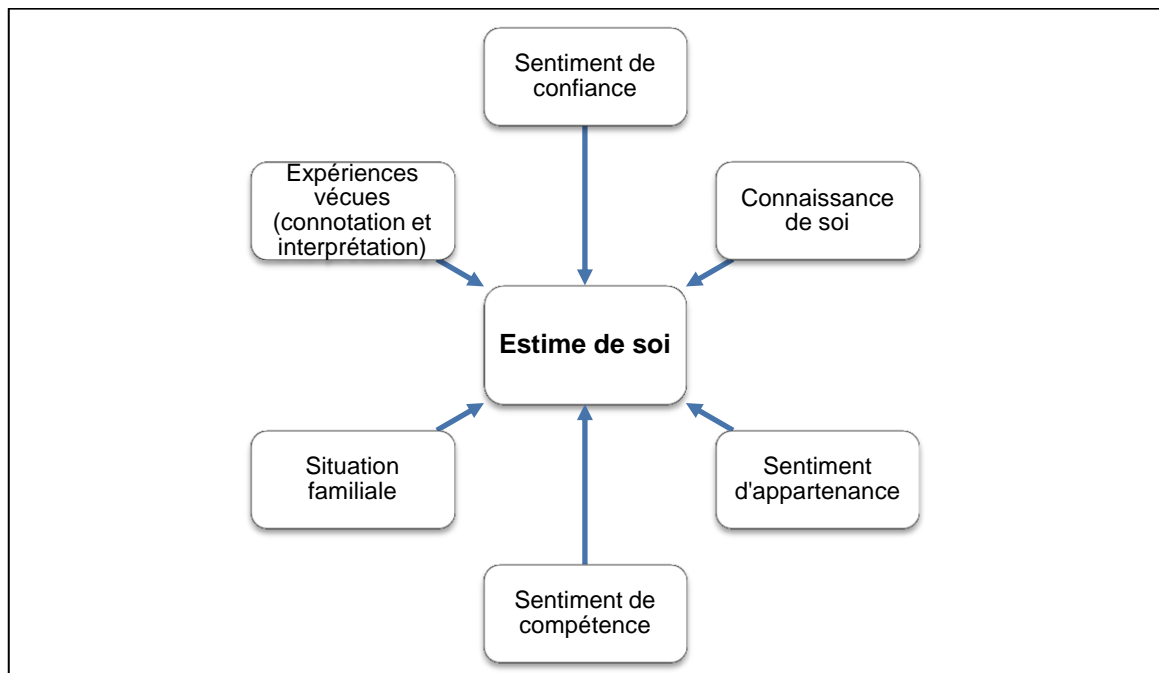


Figure 3 (Concept Estime de soi avec nouvelles dimensions)

Ces deux nouvelles dimensions sont propres à chaque individu et évoluent au fil du temps. L'évaluation de l'estime de soi n'est donc représentative que d'un moment de la vie et est influencée par le contexte dans lequel interagit l'individu. De plus, nous souhaitons analyser l'évolution de la perception de soi en fonction de la prise ou non de Ritaline®. Afin d'en avoir une vision représentative, il aurait fallu interroger les enfants lorsqu'ils étaient sous traitement de Ritaline® et, plus tard, lorsqu'ils auraient arrêté tout traitement ou changé de médicament, ce qui demande passablement de temps (étude longitudinale). Mais, de cette manière, les propos relatifs à la période de prise de Ritaline® auraient été plus fiables étant donné que les souvenirs s'estompent au fil des ans. Un dernier élément qui nous a posé problème est lié à la définition du TDA/H. En effet, nous parlons de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Cependant, les réactions de l'enfant et de son entourage ne seront pas les mêmes si ce

dernier est uniquement diagnostiqué pour un déficit de l'attention ou s'il souffre également d'hyperactivité. Il est probablement plus facile à gérer un enfant dans la lune qu'un enfant qui ne cesse de bouger et qui est impulsif. Afin de palier à cette différence, nous aurions dû interroger deux enfants diagnostiqués pour les mêmes symptômes. Cependant, comme expliqué précédemment, le sujet étant apparu comme extrêmement tabou dans notre canton, nous avons donc interrogé les enfants qui acceptaient, sans faire de discrimination plus fine qui prendrait en considération des aspects diagnostiques.

8.2 Prolongements

Nous estimons tout d'abord que cette recherche pourrait être reprise et approfondie afin de rendre les résultats plus représentatifs de la réalité. Nous sommes en effet consciente qu'interroger six personnes n'est que peu fiable. Cependant, cela nous donne un premier aperçu. Il serait donc intéressant d'apporter les modifications nécessaires, relevées en partie dans le chapitre ci-dessus, et ainsi d'obtenir des résultats plus globaux et plus fiables. De plus, nous pensons que suite à ce travail il serait intéressant de comparer les résultats relatifs à l'estime de soi de ces enfants avec ceux d'un groupe témoin constitué d'enfants non-TDA/H. Il nous semble en effet nécessaire de comparer les réponses de ces deux groupes pour pouvoir affirmer que l'estime de soi des uns ou des autres est plus faible. Il est en effet essentiel dans une telle recherche de pouvoir confronter les résultats obtenus à ceux d'un groupe témoin. Nous sommes cependant consciente qu'un pareil travail demande énormément de temps. Mais nous pensons qu'il permettrait d'avoir une meilleure connaissance du trouble en question, des effets de la Ritaline® et des effets d'un arrêt de traitement. Cela serait donc aussi bénéfique pour les parents que pour les enseignants et aiderait peut-être les parents dans leur prise de décision au sujet de la médication.

Un deuxième élément qu'il nous paraît important de relever concerne la formation des enseignants. En effet, les entretiens avec les enseignants nous ont permis de nous rendre compte que ces derniers se trouvent dans une sorte d'impasse lorsqu'ils doivent gérer un enfant présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. En effet, l'un d'eux a eu la chance de pouvoir se référer aux cours qu'il a pu suivre à la HEP-VS, tandis que l'autre a essayé différentes techniques pour ensuite retenir celles qui fonctionnaient le mieux. Nous pensons donc qu'il est nécessaire de sensibiliser les enseignants aux différents troubles auxquels ils peuvent être confrontés dans leur vie professionnelle. Il nous paraît donc primordial que la HEP-VS conserve des cours relatifs à cette problématique tant dans la formation initiale que dans la formation continue.

Un dernier élément qui a retenu notre attention se rapporte à l'intégration des enfants diagnostiqués TDA/H. Nous avons en effet constaté que ces enfants rencontrent des difficultés à entrer en interaction avec leurs camarades et se retrouvent souvent isolés. Nous ne voulons pas faire de généralisation, mais il est possible que par leur différence, qu'elle soit physique ou psychique, certains enfants soient mis à l'écart. Il serait alors intéressant de réaliser un travail sur les techniques utilisées par les enseignants et par les parents pour favoriser l'intégration d'enfants à besoins particuliers pour ensuite les comparer à celles préconisées par la littérature scientifique. Cela permettrait d'identifier si les différents acteurs possèdent les outils nécessaires à la bonne intégration de ces enfants.

9 Références bibliographiques

- Abric, J.-C. (1994). Les représentations sociales : aspects théoriques. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). Paris : Presses Universitaires de France.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC : Author.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.
- Boucaud, P. (1990). Le droit à l'accueil pour les enfants nés avec un handicap. In J. Clerget (Ed.), *Annonce du handicap et accueil de l'enfant handicapé* (pp. 53-75). L'Arbresle : Centre Thomas More.
- Bourgeois, M. (1996). Les difficultés du diagnostic et du traitement de l'hyperactivité de l'enfant en médecine générale ou comment améliorer la prise en charge ? *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant, hors-série*, 7-8.
- Bréjard, V. & Bonnet, A. (2007). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Paris : Armand Colin.
- Chicaud, M.-B. (2001). *La confiance en soi*. Paris : Bayard Éditions.
- Classes de développement – But* (Loi sur l'enseignement public du canton du Valais, Art. 42, 4 juillet 1962).
- Clerget, J. (1990). Annonce du handicap et accueil de l'enfant handicapé. In J. Clerget (Ed.), *Annonce du handicap et accueil de l'enfant handicapé* (pp. 11-29). L'Arbresle : Centre Thomas More.
- De Ketele, J.-M. & Roegiers, X. (2009). *Méthodologie du recueil d'informations*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Département de l'éducation, de la culture et du sport. (2006). *Cahier des charges du personnel enseignant des degrés enfantins/primaires*. Consulté le 6 août 2012 dans http://www.vs.ch/Press/DS_13/CLAS-2002-10-22-2261/fr/cahier-des-charges-Enfantine-primaire.pdf
- Département de l'éducation, de la culture et du sport. (2010). *Directive du 1^{er} juillet 2010 relative à des mesures scolaires particulières pour les enfants souffrant de troubles et handicaps divers*. Consulté le 5 septembre dans http://www.adsr.ch/IMG/pdf/Directive_mesures_scolaires_troubles_et_handicaps_divers.pdf
- De Saint Paul, J. (2004). *Estime de soi, Confiance en soi*. Paris : InterEditions.
- Duché, D.-J. (1996). *L'enfant hyperactif*. Paris : Ellipses.
- Duclos, G. (2000). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Duclos, G., Laporte, D. & Ross, J. (2002). *L'estime de soi des adolescents*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Ehrlich, S. (1985). La notion de représentations : Diversité et Convergence. *Psychologie Française* 30 (3), 226-229.

- Famose, J.-P. & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Galley, F. (2002). *L'estime de soi des enfants présentant un Trouble du Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)*. Mémoire de licence en Psychologie générale et Pédagogie, Université de Fribourg.
- George, G. (2007). *La confiance en soi de votre enfant*. Paris : Odile Jacob.
- Gonon, F., Guilé, J.-M. & Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 273-281.
- Huynh, C. & Mazet, P. (2011). L'estime de soi chez les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité. *Perspectives PSY*, 50 (1), 86-93.
- Jalenques, I., Galland, F., Legrand, G., Derost, P., Mermillod, M., Auxiette, C., Chambres, P. & Durif, F. (2008). *Clinique du syndrome de Gilles de la Tourette chez l'adulte*. Consulté le 6 septembre dans <http://lapsco.univ-bpclermont.fr/persos/mermillod/AnnMedPsy2008c.pdf>
- Joly, F. (2005). *L'hyperactivité en débat*. Ramonville Saint-Agne : Éditions érès.
- Kutscher, M. L. (2009). Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). In M. L. Kutscher (Ed.), *Les enfants atteints de troubles multiples* (pp. 27-47). Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Kutscher, M. L. (2009). Les médicaments. In M. L. Kutscher (Ed.), *Les enfants atteints de troubles multiples* (pp. 27-47). Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Laboratoires CIBA (1995). Ritaline® 10 mg, comprimé. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant, hors-série*, 35.
- Lecendreux, M. (2003). *L'hyperactivité T.D.A.H.* Paris : Editions Solar.
- Le Heuzey, M.-F. (2003). *L'enfant hyperactif*. Paris : Odile Jacob.
- Leplat, J. (1985). Les représentations fonctionnelles dans le travail. *Psychologie Française* 30 (3), 269-275.
- Massé, L., Lanaris, C. & Couture, C. (2006). Le trouble de déficit d'attention / hyperactivité (TDAH). In L. Massé, N. Desbiens & C. Lanaris (Ed.), *Les troubles du comportement à l'école – Prévention, évaluation et intervention* (pp. 6-16). Montréal : Gaëtan Morin.
- Meram, D., Eyraud, F., Fontaine, D. & Oelsner, A. (2006). *Favoriser l'estime de soi à l'école*. Lyon : Chronique sociale.
- Mesures scolaires éducatives* (Loi sur l'enseignement spécialisé du canton du Valais, Chap. 3, 25 juin 1986).
- Millêtre, B. (2008). *Bien avec soi-même, bien avec les autres*. Paris : Payot.
- Montandon, J.-B. & Médioni, L. (2002). *Evolution du nombre de prescriptions de RITALINE (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000*. Consulté le 6 août 2012 dans <http://www.swissmedic.ch/org/00064/00066/00328/index.html?lang=fr>
- Morelle, C. (2010). Un diagnostic... Pour quoi ? Pour qui ? *L'observatoire*, 65, 29-33.

- Office Fédéral de la Statistique. (2011). *STAT-TAB : la banque de données statistiques interactive*. Consulté le 6 septembre dans <http://www.pxweb.bfs.admin.ch/Dialog/statfile.asp?lang=2&prod=01>
- Richard, J.-F. (1985). La représentation du problème. *Psychologie Française* 30 (3), 277-284.
- Sauvé, C. (2007). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Montréal : CHU Sainte-Justine.
- Sieber, M. (2001). Les troubles de comportement chez l'enfant : déficit d'attention / hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites. In M. Sieber (Ed.), *Comment gérer l'indiscipline en classe ?* (pp. 48-88). Fribourg : Editions Universitaires Fribourg.
- Steinhausen, H.-C. & Bader, M. (2005). *Les troubles hyperactifs avec déficit d'attention (THADA) – Recommandations*. Consulté le 6 août dans www.bag.admin.ch/shop/00054/00185/index.html?download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6qpJCEfYN6g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&lang=fr
- Vallée, L. (1996). Hyperactivité motrice et déficits associés : nécessité d'une approche pluridisciplinaire. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant, hors-série*, 31-34.
- Vergnaud, G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie Française* 30 (3), 245-252.

10 Attestation d'authenticité

Je certifie que ce mémoire constitue un travail original et j'affirme en être l'auteur. Je certifie avoir respecté le code d'éthique et la déontologie de la recherche en le réalisant.

Saint-Maurice, le 18 février 2013

Morard Caroline

11 Annexes

Annexe I Guides d'entretien

Annexe II Tableau de traitement de données

11.1 Annexe I : Guides d'entretien

11.1.1 Guide d'entretien à l'attention des enfants

Questions générales pour amener le sujet :

Rapport à eux-mêmes

- Tu t'aimes bien ? Tu aimes bien les autres ? Avec qui tu te sens bien ? Comment sont les personnes avec lesquelles tu te sens bien, que tu apprécies ?
- Te sens-tu différent des autres ? Te sens-tu plutôt aimé, apprécié par les autres ou plutôt rejeté par les autres (ou – comme moi – apprécié par certains et rejeté par d'autres) ? (pour quelles raisons ?)

Annonce du diagnostic

- Comment te sentais-tu avant que l'on t'annonce ton TDA/H ?
- Quelle a été ta réaction lorsque l'on t'a diagnostiqué TDA/H ? (apeuré, soulagé, inquiet,...)
- Qu'est-ce que cela veut dire pour toi d'avoir un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité / d'avoir un TDA/H ?

Annonce d'un traitement médicamenteux

- Comment as-tu réagi / qu'as-tu ressenti lorsque l'on t'a parlé d'un traitement médicamenteux ? (sentiment d'être malade, différent,...) → [représentation de soi](#)

Questions plus spécifiques

- Comment te sens-tu lorsque tu prends le médicament ? Remarques-tu des changements ? Si oui, lesquels (relationnels, scolaires, comportementaux,...) ?

Arrêt du traitement

- Pour quelle(s) raison(s) as-tu décidé d'arrêter le traitement ? Qu'est-ce qui a fait que tu aies décidé d'arrêter ? (sentiment d'être malade, différent, moquerie, pression indirecte des parents, plus besoin,...) ? → [représentation de soi](#)
- Comment as-tu vécu cet arrêt ? (soulagement, crainte,...) ?
- Comment te sentais-tu/te sens-tu lors de cette période d'arrêt ? Remarquais-tu/ Remarques-tu des changements ? Si oui, lesquels (relationnels, scolaires, comportementaux,...) ? → [composantes estime de soi](#)

Influence sur l'estime de soi (en fonction des quatre composantes)

Sentiment de confiance :

- Comment te sens-tu / réagis-tu ...
 - ...face à un événement stressant ?
 - ...lorsque tu dois respecter des délais ?
 - ...face à ton avenir professionnel ?
 - ...lorsque des règles sont imposées ?
 - ...lorsque tu te trompes / commets une erreur ?
 - ...lors d'un refus ?
 - ...face à la nouveauté ? (ex : rentrée scolaire dans un nouvel établissement,...)
- Importance du regard des autres

- Accordes-tu une grande importance au regard des autres / à ce qu'il pense de toi ? (parents, enseignants, pairs)
- Te sens-tu obligé d'être différent / de n'être pas toi-même pour être accepté (aimé, intégré) par les autres ?
- Essaies-tu de faire / voir comme les autres ? Essaies-tu d'être comme les autres ?

Connaissance de soi :

- Comment te qualifierais-tu ...
 - En sport ?
 - Dans les branches scolaires ?
 - Lorsque tu dois inventer quelque chose ?
 - Lors de nouvelles rencontres ?

Sentiment d'appartenance :

- Comment te sens-tu en groupe ? Comment te décrirais-tu dans un groupe ?
 - Comment te décrirais-tu face à tes camarades ? Face à ta famille ?
 - Préfères-tu plutôt être seul ou entouré ?
 - Prends-tu facilement la parole en groupe ?
- Comment décrirais-tu la relation que tu entretiens avec ta famille ? Tes camarades ?
- As-tu remarqué un changement de la part de ta famille / tes enseignants / tes camarades, lorsque tu as arrêté de prendre la Ritaline® ?

Sentiment de compétence :

- Comment te sens-tu à l'école ? Comment te décrirais-tu à l'école ?
 - Comment te sens-tu face à un exercice ? Un devoir ? Un examen ?
- Comment qualifierais-tu tes apprentissages ? Ton travail ? Tes résultats en fonction de ton travail ?
- Comment te qualifierais-tu dans le domaine sportif ?

11.1.2 Guide d'entretien à l'attention des parents

Questions générales pour amener le sujet

Rapport au diagnostic

- Votre enfant a été diagnostiqué TDA/H, comment vous êtes-vous senti lors de l'annonce du diagnostic ? (inquiet, soulagé d'avoir une explication, refus,...)
Si refus : Qu'est-ce qui a fait que vous ayez changé d'avis et accepté le diagnostic ?
- Comment décririez-vous votre enfant avant l'annonce du diagnostic ? Après l'annonce du diagnostic ? Une fois le traitement commencé ? Une fois le traitement arrêté ? → [représentation](#)
- Qu'est-ce que cela signifie pour vous que votre enfant soit diagnostiqué TDA/H ?
→ [perception/représentation](#)
- Qu'avez-vous mis en place / Quelles démarches avez-vous fait une fois le diagnostic annoncé ? (traitements (thérapies, médicaments, ou autre), organisation, aménagement,...)
- Qu'est-ce qui a motivé votre choix dans la prise de Ritaline® ? → [représentation](#)
- Avez-vous essayé de remplacer le médicament par autre chose ? (régime alimentaire, ...)

Questions plus spécifiques

- Avez-vous perçu votre enfant différemment, une fois que son trouble a été détecté ? (malade, en souffrance,...) → [perception/représentation](#)
- Votre comportement a-t-il changé à son égard, suite à cette annonce ?
→ [représentation](#)
- Avez-vous modifié ou mis en place de nouvelles stratégies ? → [stratégies](#)
 - Les règles de vie à la maison ? Les punitions ?
 - L'apprentissage des leçons ? Les devoirs scolaires ?
 - L'aménagement ?
 - Autres ?
- Qu'est-ce qui a motivé votre choix dans l'arrêt de la prise de Ritaline® ? (seulement si ce sont les parents qui ont décidé d'arrêter le traitement)
→ [perception/représentation](#) (p. ex. enfant plus malade, donc n'a plus besoin de prendre le médicament)
- Avez-vous modifié vos stratégies familiales une fois le traitement arrêté ?
→ [stratégies](#)

11.1.3 Guide d'entretien à l'attention des enseignants

Questions générales pour amener le sujet

- Comment avez-vous pris le diagnostic ? Comment avez-vous réagi en apprenant le TDA/H de l'élève ? (surpris, non surpris, inquiet, stressé, démuni, soulagé d'avoir une explication,...)
- Aviez-vous déjà été confronté à un enfant TDA/H dans le cadre scolaire ? Et en dehors ?
- Aviez-vous déjà une idée de ce trouble ? Si oui comment ? (information personnelle, formation enseignants,...)
- Que signifie pour vous qu'un enfant soit diagnostiqué TDA/H ? Que signifie pour vous le TDA/H et qu'est-ce que cela implique pour l'enseignant ?
→ [perception/représentation](#)

Questions plus spécifiques

- Avez-vous eu une autre vision de cet élève, une fois le trouble détecté ? (élève malade, en souffrance, différent,...) → [perception/représentation](#)
- Votre comportement a-t-il changé à son égard, suite à cette annonce ? (plus indulgent,...)
- Avez-vous modifié ou mis en place de nouvelles stratégies ? → [stratégies](#)
 - L'organisation ?
 - Les règles d'école ? Les punitions ? Les réprimandes ?
 - L'aménagement de la classe ? Le choix dans ses voisins de banc ?
 - Différenciation ? Adaptation ou aide dans les tâches scolaires ?
 - Autres ?
- Comment décririez-vous l'enfant lorsqu'il prenait le médicament ? Et lorsqu'il ne le prenait pas ? → [perception/représentation](#)
- Est-ce que cette expérience vous a-t-elle amené quelque chose ? (développer de nouvelles stratégies, être plus créatif, une surcharge de travail,...). Vous a-t-elle fait voir ces enfants / ce trouble différemment ? → [perception/représentation](#)

12 Tableau de traitement des données

12.1 Tableau de traitement des données (élèves)

Question 1 : Dans quelle mesure l'image que l'enfant diagnostiqué TDA/H a de lui-même (comme non-malade) amène-t-elle l'enfant à mettre un terme au traitement de Ritaline® ?

	Retranscriptions	Remarques
Élève 1	<u>Rapport à soi</u> <i>(Se sentir différent)</i> Un petit peu. Ben... que par exemple, les copains y peuvent aller à Sion. Moi j'ai demandé à ma maman... elle m'a dit NON. Moi je dois rester ici, pis les autres y vont s'amuser. <i>(Différences)</i> Oui, j'arrive moins à rester concentré. <i>(Besoin de bouger)</i> Ouais, plus que les autres aussi. (...) Rester assis pendant toute une journée (...) même trop dur.	Plus de limites que ses copains. Se trouve gentil et drôle, moins concentré que ses camarades et a un plus grand besoin de bouger.
	<u>Annonce du diagnostic</u> <i>(Réaction neutre et pas inquiet)</i> Ça m'a pas changé la vie. <i>(Définition TDA/H)</i> J'sais pas. <i>(Traitement Ritaline)</i> Pfff, ça me faisait ni chaud ni froid. Je prends mon médicament, pis... pis voilà. <i>(Avec la Ritaline)</i> Ben... Je... concentré. Moins bavard heu... pis moins amusant	Pas de souci avec son trouble ou le traitement. Plus concentré, moins drôle et moins bavard quand il prend Ritaline.
Élève 2	<u>Rapport à soi</u> <i>(Stressé pour les leçons et examens)</i> Parfois détendu, parfois stressé, parfois énervé... Stressé et ben heu... examens... Ben à la maison quand j'ai appris là comme ça, j'apprends, je vais faire réciter et pis après je sais pas, quand je fais le dernier pas, j'suis mort de stress. <i>(S'aimer, s'apprécier)</i> Moui hi hi... ça va... <i>(Apprécié ou rejeté)</i> Alors y en a certains que j'ai certains conflits. Alors y avait Jean au début de l'année. On est devenu des excellents amis, il était toujours délaissé. Certains gentils aujourd'hui, méchants le lendemain... Certains gentils une semaine, méchants la deuxième semaine... <i>(il n'y a que Jean qui est gentil tout le temps)</i>	Stressé pour les examens : il ne se rappelle plus de sa leçon. Peu d'amis (un seul ami à l'école).

	<p>(Différence) Je suis toujours... différent des autres... je suis toujours le souffre-douleur... Par hasard aujourd'hui au cours de religion, Marc il avait dit « alors petit vieux, ça va ? »... c'est une remarque qu'il aurait fait à personne d'autre de la classe. Parce que je suis le seul à qui il a fait la remarque parce qu'on peut dire que je suis le souffre-douleur...</p>	Souffre-douleur de la classe.
	<p><u>Annonce du diagnostic</u> Je me suis dit « mais qu'est-ce que ça me concerne ça ? J'en ai rien à faire ». C'est juste une maladie, c'est juste une maladie. C'est parce qu'au début je savais pas très bien les effets... c'est après qu'on a commencé à tout me dire. Pis après j'ai commencé à m'inquiéter. Un petit peu peur d'être différent des autres, d'être délaissé ça... ça c'est depuis l'enfantine... que ça m'arrive ça... Oui... heu inquiet d'être différent, de par réussir... (Définition TDA/H) Ben que si on a une fiche c'est heu... les deux mains dans les poches et heu... on regarde ailleurs... Par hasard y a quelqu'un qui t'appelle, tu regardes pas, tu entends pas, enfin tu fais pas attention à lui... comme ça... Heu en fait je suis dans mon monde et je réagis pas. (Traitement Ritaline) (Réaction à l'annonce) Pas du tout réagi... je me suis juste posé la question de quelle taille il faisait. (Effets) Alors la Ritaline, l'effet, c'est que parfois... c'est un peu comme un zombie... Pas dans la lune, mais j'étais concentré dessus... ça je pensais plus rien... je pensais plus à rien du tout, je pensais juste à la fiche... J'étais calme... comme ça... Ben comme un zombie, extrêmement calme. On peut dire que je bougeais même pas un cil, je respirais juste, je clignais des yeux et j'avais juste ma main qui bougeait comme ça pour écrire sur la feuille. (Sans Ritaline®) Oui beaucoup moins calme ! J'suis une pile électrique. Non je me sentais mieux heu... un peu avec Ritaline. Mais sans Ritaline je pouvais me lâcher, exprimer mes idées, me lâcher... me défouler... (Les notes) Avant elles étaient pas très bonnes, maintenant elles ont monté, elles ont monté, elles ont monté... on va dire jusqu'à là. Et pis après heu... et pis après quand j'ai eu le nouveau médicament, c'est un petit peu allé comme ça (<i>fais le signe que c'est descendu</i>)... (Les amis) Toujours la même chose. Délaissé. Délaissé, mais sauf Jean. On était ami, on est ami depuis le début de l'année scolaire. (Changement médicament) Ben je me suis dit si c'est un autre médicament ben c'est pas grave... au moins qu'il fasse le même effet, m'aider à me concentrer. La Ritaline pour les effets secondaires je me suis dit « tant mieux que cette Ritaline elle s'arrête ! ». J'avais mal de tête. Le reste ça a rien changé, à part un petit peu le comportement, hyperactivité et ça... enfin j'suis pas hyperactif, mais bouger... des choses dans le genre. Oui un petit moins concentré. Les notes elles ont commencé à chuter gravement. La différence c'est que le zombie il a comment je vais dire... la moitié du corps c'est humain, l'autre moitié du corps c'est zombie.</p>	<p>Ne se sent pas directement concerné. Inquiet d'être différent des autres, d'être délaissé, de ne pas réussir,... Explique principalement l'inattention.</p> <p>Pas inquiet de prendre un médicament. Se sent comme un zombie lorsqu'il prend la Ritaline® (très calme (voire passif), ne bouge pas,...). Sans Ritaline® il peut se défouler</p> <p>Ritaline® arrêtée → les notes ont chuté. Avec ou sans Ritaline® → délaissé (un ami). Aucun effet sec., moins concentré et moins zombie. Il aimerait avoir la même concentration qu'avec la Ritaline®, mais sans les effets secondaires.</p>

Question 2 : De quelle(s) façon(s) l'estime de soi d'un enfant diagnostiqué TDA/H et ayant arrêté la prise de Ritaline® pour un autre médicament peut-elle se voir affectée par les conséquences de ce changement (principalement la réapparition des troubles) sur son comportement et sur le comportement de ses proches ?

	Retranscriptions	Remarques
Élève 1	<p><u>Face à un événement stressant</u> Dans la vie y a rien qui est stressant pour moi. A part me trouver devant la police. Ça ce serait encore discutable. Sinon rien me fait peur.</p> <p><u>Face aux délais</u> Oui, ça moi j'suis le premier (à rendre un travail). Pis propre nickel.</p> <p><u>Face à l'avenir</u> Bien... confiant.</p> <p><u>Face à des règles</u> Je les respecte pas tellement quand j'ai pas le médicament... mais quand j'ai le médicament je les suis. Ouais je passe par-dessus (sans Ritaline). J'essaie d'aller plus vite que possible pour les oublier.</p> <p><u>Face à un refus</u> Avec (Ritaline), je dis ouais, c'est bon. Sans (Ritaline), ben... je vais toujours demander. J'attends 5 minutes et je vais redemander si je peux, après si je re peux. (Mais ça ne marche pas)... Surtout avec mon papa. Au bout d'un moment il me met dans ma chambre... Et pis... la chambre c'est pas drôle.</p> <p><u>Importance du regard des autres</u> Ça va... moyen. Tant que je suis avec les copains, on s'amuse, on rigole. (Il essayait de faire comme les autres pour passer plus discrètement et avait mis en place quelques stratégies) Je copiais sur les autres (pour avoir des meilleures notes). J'étais là, je tapais mon crayon, je faisais du bruit (pour palier à son besoin de bouger).</p>	Sentiment de confiance
	<p><u>Qualification dans différents domaines</u> (Sport) Ahh 6 ! (Il fait du sport en dehors). Du ski, du foot. Presque tous les sports je fais. À part le hockey. Parce que j'aime pas ça. (Branches scolaires) Ahh heu 4. En gym 6. Et pis en math 4. (Invention) Oui. Ça fuse ! Fiou (plein d'idées lui viennent). (Nouvelles rencontres) Ouais... Timide.</p>	Connaissance de soi
	<p><u>Groupe</u> (Avec ses copains) Ah heu pff... Gentil, drôle (mais il n'est plus timide). (Avec ses camarades) Je connais que les copains.</p>	Sentiment d'appartenance

	<p>(<i>Préférence entre seul ou en groupe</i>) Avec les copains. (<i>Il s'exprime facilement en groupe</i>).</p> <p>(<i>Relations avec ses copains</i>) Oui, même excellentes !</p> <p><u>Famille</u></p> <p>Bien. Ouais bien – excellentes. (<i>Bien intégré</i>) Oui.</p> <p><u>Changements</u></p> <p>(<i>Dans les relations</i>) Heu... non.</p> <p>(<i>Même chose avec les copains</i>) Oui.</p> <p>(<i>Remarques à l'école</i>) Non, moins.</p>	
	<p><u>École</u></p> <p>(<i>Description avant Ritaline</i>) Heu amusant (rires). Pis bavard avec les copains.</p> <p>(<i>Description avec Ritaline</i>) Ben... Je... concentré. (Moins bavard) Hmm hmm et moins amusant.</p> <p><u>Apprentissage</u></p> <p>(<i>Il ne prend pas de médicament pour la période d'étude du soir et ne voit pas de différences entre les apprentissages à l'école ou à la maison</i>)</p> <p>(<i>Résultats scolaires</i>) Ben que je bosse quand même un minimum pour réussir mon 4. Je vais pas faire des monstres efforts pour arriver en haut au 6. Moi, 4 ça me suffit. (...) Le minimum quoi.</p> <p><u>Domaine sportif</u></p> <p>(cf. « Qualification dans différents domaines »)</p>	Sentiment de compétence
	<p>(<i>Redoublement</i>) Ça m'a pas changé la vie. J'ai d'autres copains, j'aime autant bien m'amuser.</p> <p>(<i>Relation avec l'enseignant à ce moment-là</i>) Ça allait très bien.</p> <p>(<i>Alors toi, tu te sens différent, d'une fois que tu prends le médicament ou pas ?</i>) Un petit peu.</p> <p>(<i>Toi tu préfères en tout cas quand tu n'as pas le médicament, tu te sens plus TOI ?</i>) Oui.</p>	Autres
Élève 2	<p><u>Face à un événement stressant</u></p> <p>Les examens. En fait j'suis tellement stressé du temps, c'est parce qu'elle dit pas au début le nombre de minutes parfois... alors moi j'essaie de faire en vitesse, mais quand même que ce soit juste, pour éviter de plus avoir de temps. Pis après j'suis comme ça, j'ai fini l'examen. Je suis... je vais dire le seul qui ai fini ça.</p> <p><u>Face aux délais</u></p> <p>Soit j'ai pas fait... soit j'oublie de rendre... Oui. C'est parce que le problème avec moi c'est... c'est que je sais pas pourquoi... je fais, j'ai tous les devoirs en ordre... j'ai tout fait... mais y a un seul problème, j'oublie de rendre.</p> <p><u>Face à l'avenir</u></p> <p>J'hésite entre plusieurs métiers. Aviateur, chimiste... heu... ce genre de fantaisie.</p> <p>(<i>Les études</i>) Non ça me pose pas de problème. Heu soit je passe ou soit heu... soit le moteur il cale. (<i>Si ça cale</i>) Ben je mets de l'huile, je vais chez le garagiste, et je refais tout.</p> <p><u>Face à des règles</u></p> <p>Parfois non, parfois oui... Quand c'est une règle qui m'arrange, oui... quand c'est une règle qui m'arrange pas,</p>	Sentiment de confiance

	<p>non... enfin, oui parfois...</p> <p>(À l'école) Oui je respecte les règles, mais c'est les autres qui essaient de me faire couler.</p> <p>(À la maison) Ben je la respecte... Parfois pas. Heu par hasard... pas regarder la télé, elle a caché la télécommande, ben moi je vais tout faire pour la retrouver... ou sinon j'ai toujours un plan B. Moui... c'est quand même des façons de passer entre les mailles du filet.</p> <p><u>Face à une erreur</u></p> <p>(Examen) Quand je reçois en retour si y a des fautes ben je me dis « c'est pas grave », j'ai essayé. Au moins si j'ai réussi à faire un 4, si j'ai pas réussi, je vais me faire incendier...</p> <p>(Oral) Ben je me suis dit « oh non j'ai fait faux »... mais je me suis dit en fait... pour moi on peut dire c'est grave... mais pour les autres on peut dire que c'est pas grave. Pour moi c'est grave, c'est parce que la fausse réponse... peut donner l'opportunité à quelqu'un de répondre.</p> <p><u>Face à un refus</u></p> <p>Ben moi... je vais respecter hein. J'accepte facilement... par hasard je vais dire je peux avoir une piscine, pis là ils disent non, ben là je vais comprendre. Mais je veux dire, comme des petites choses, comme un bout de pain... « Non » heu... là heu... pour une toute petite chose, j'suis pas vexé, mais je me dis... mais ça m'embête.</p> <p><u>Importance du regard des autres</u></p> <p>Pas du tout... enfin... si c'est des bons regards ça me fait du bien... si c'est des mauvais regards j'essaie de baisser le regard comme ça.</p> <p>Par hasard, y en a qui sont cools, j'essaie d'être cool... Par hasard, à un moment je me faisais la crête, j'essayais d'être un petit peu comme les autres... mais en fait j'essaie de pas faire des choses comme ça... en fait, j'sais pas pourquoi, j'essaie de pas être ridicule. C'est parce qu'ils disent... c'est parce qu'ils vont se dire à un moment « lui en fait c'est rien qu'un gros nul, un truc dans le genre... et un moment il se prend pour un cool là », j'ai peur d'avoir la honte. J'essaie de pas en faire trop. <i>(Il essaie de faire comme les autres, d'être apprécié).</i></p>	
	<p><u>Qualification dans différents domaines</u></p> <p>(Branches scolaires) Fort en bricolage, fort en géo... math... pour certaines branches j'suis fort... math... pour le français aussi, parce que j'adore, mais en français c'est surtout le vocabulaire. Par contre la conjugaison, comme elle dit Julie, c'est la matière mortelle du français, ben moi j'suis d'accord avec elle.</p> <p>(Beaucoup d'imagination)</p> <p>(Nouvelles rencontres) Ben je dis bonjour, pis après heu... après quelques jours, quelques années... je commence à les connaître et tout ça... pis après... ça va très très bien. Non pas trop gêné... un peu timide...</p>	Connaissance de soi
	<p><u>Groupe</u></p> <p>En groupe ? avec des copains... parfois j'ai envie de les étrangler... si c'est avec des amis c'est bon... parfois on s'entraide... parfois heu... parfois ça va mal, parfois ça va bien. Oui ça va mal quand on n'est pas d'accord sur quelque chose, parce qu'après on commence à s'enguirlander, on a envie de s'étrangler...</p> <p>(Travaux de groupe) Alors là j'essaie d'être un petit peu avec le groupe, de travailler avec eux, partager mes</p>	Sentiment d'appartenance

	<p>idées... tout ça... Je vais essayer. Mais ben parfois je m'isole, parce que parfois je donne une idée... trois, quatre, cinq, six... Par hasard à la maîtresse elles sont très très bonnes, pour les autres elles sont mauvaises. C'est la pire que t'as... que on a dit et ça. C'est dans ces moments-là que j'aime pas.</p> <p>(<i>Seul ou en groupe</i>) Heu seul... seul. Pour certaines choses.</p> <p><u>Famille</u></p> <p>Ça va très très bien... parfois je dis... rare de chez rarement, c'est un tout petit peu tendu.</p>	
	<p><u>École</u></p> <p>(<i>Face à un exercice</i>) Détendu. Parfois je demande un petit peu d'aide...</p> <p>(<i>Les devoirs</i>) Parfois... si c'est un thème que j'aime bien, je vais tout seul. Mais parfois, si c'est un thème que je hais, là c'est la guerre.</p> <p><u>Apprentissages</u></p> <p>Parfois je passe une heure dessus, parfois je passe deux minutes dessus et je le sais. Parfois je passe une heure dessus et je sais pas. Je lis tout bêtement et j'essaie pas de mettre dans la tête... Mais si je lis intelligemment ça... j'essaie de me mettre dans la tête... j'arrive facilement.</p> <p>(<i>Résultats par rapport aux apprentissages</i>) Le résultat il vaut bien mieux que ça. Heu des 3.4 alors que la leçon je sais par cœur, elle vaut bien mieux que ça la note. Elle vaut au moins un 5. (<i>Résultats</i>) Beaucoup trop bas. (<i>Il trouve qu'il est mal récompensé</i>).</p> <p><u>Domaine sportif</u></p> <p>(cf. « Qualification dans différents domaines »)</p>	<p>Sentiment de compétence</p>

12.2 Tableau de traitement des données (parents)

Question 3 : Dans quelle mesure les représentations qu'ont les parents de leur enfant diagnostiqué TDA/H les amènent à adopter un traitement médicamenteux ?

	Retranscriptions	Remarques
Parent 1	<p><u>Annonce du diagnostic</u></p> <p>Ça faisait depuis le début de la scolarité que je me doutais un peu... C'est clair que quand on se retrouve en première primaire et qu'on n'arrive pas à faire $0 + 1$ ou $5 + 2$, je me dis non y a quand même un petit souci. Donc il a fallu quand même insister, rechercher... et on s'attendait bien à ce diagnostic.</p> <p>(<i>Soulagée ?</i>) Oui, de ne pas savoir ce qu'on a et de ne pas y arriver. C'est je pense... y a rien de pire.</p>	Elle supposait le TDA/H de son enfant. Soulagée de savoir.
	<p><u>Perception de l'enfant</u></p> <p>(<i>Avant le diagnostic</i>) Ben c'est clair que... du fait qu'il n'y arrivait pas, c'était beaucoup d'engueulées...</p> <p>(<i>Après le diagnostic</i>) Oui peut-être plus de compassion. Même si c'est un handicap sournois, parce qu'on ne le voit pas. Tant qu'on ne voit pas, le cerveau dit : « il le fait exprès ».</p> <p>Ça amenait plus de compassion, peut-être trop. Parce que, en fait, j'essayais de compenser ça et on ne peut pas compenser. On ne revient pas en arrière sur ce qui a été fait, et puis il a eu plus de passe-droits que les autres et maintenant je suis en train de revenir en arrière. Parce que je me dis : « il a 15 ans ». Ma foi, il doit apprendre qu'il est le seul responsable de ses actes. Il agit bien, il a des récompenses, si il agit mal...</p> <p>(<i>Avec Ritaline</i>) Quand il est médicamenté, il n'est plus dans l'émotionnel il a accès au raisonnement. Ça dure que 4 heures. Il faut une demi-heure pour que l'effet commence et la dernière demi-heure ne compte pas.</p>	<p>Avant : difficile, engueulades,...</p> <p>Après : rassurée d'avoir une explication, plus compatissante, indulgente (voire trop car retour en arrière.</p> <p>Avec Ritaline : plus raisonné.</p>

	<p><u>Choix du médicament</u></p> <p>On était allé voir des thérapeutes en médecine naturelle. C'est vrai, ça aide un peu... On a aussi fait sur la nutrition. Supprimer pas mal de sucre, tous les colorants, tout ce qui pouvait amener de l'hyperactivité ; mais ça ne guérit pas. Donc, il n'y a que le médicament... Le reste, ça reste que des mesures complémentaires qui peuvent aider.</p> <p>J'ai mis 6 mois avant d'accepter, parce que ce médicament est souvent décrié, on en a peur, et puis voilà.</p> <p>Au bout de 6 mois, comme j'attendais le petit dernier, je me suis dit «mon Dieu recommencer ça une deuxième année, c'est juste pas possible ». Alors on a essayé pendant les vacances scolaires. La différence était flagrante. Il était posé, et il pouvait écouter ce qu'on lui disait.</p> <p>C'était pas bien ni pour lui, ni pour nous de toujours... Voilà, il n'entend pas ce qu'on a à lui dire, il ne peut pas se concentrer sur ses devoirs et ça lui amène des mauvaises notes, ça lui amène que des ennuis pour tout !</p>	<p>Essayer d'autres alternatives mais pas concluantes.</p> <p>Nouvel enfant qui arrivait et situation impossible.</p> <p>Situation bien pour personne, que des ennuis.</p>
Parent 2	<p><u>Annnonce du diagnostic</u></p> <p>Alors on n'a pas su tout de suite à vrai dire... On a d'abord fait beaucoup de tests avec un pédopsychiatre. Il a fait beaucoup beaucoup de tests, pendant une année ça a duré toutes les semaines, il faisait des tests et des tests.</p> <p>Ben on a un peu eu peur parce que la, bon moi je parle toujours par rapport au médicament parce que tout de suite on vous parle de Ritaline et évidemment la Ritaline est associée à l'hyperactivité et il est absolument pas hyperactif quoi. Donc pour moi je voyais pas du tout l'utilité de donner ce médicament-là. Donc après on est rentré un peu dans les explications et effectivement, on a vu que ça comprenait aussi ce trouble-là et que heu voilà. Alors un soulagement entre guillemets, parce que ça reste toujours un médicament qu'on n'a pas envie de donner quoi... mais oui de pouvoir savoir ce que c'est et de pouvoir avancer dans ce sens-là...</p>	<p>Pas su tout de suite, beaucoup de tests avant.</p> <p>Peur : car on parle de suite du médicament.</p> <p>Soulagement : de savoir ce que c'est et qu'on peut le soigner.</p>
	<p><u>Perception de l'enfant</u></p> <p>Bon ça a rien changé pour nous, parce que le Ritaline était donnée que pour l'école. Je n'ai jamais voulu qu'il prenne ni le week-end, ni durant les vacances, ni le mercredi après-midi. Moi ça a changé beaucoup pour les devoirs, pour le fait qu'il va rester assis, qu'il va quand même se concentrer, parce que c'était chose impossible. C'était horrible quoi, c'était des conflits avec tout le monde. C'était des cris à longueur de journée et c'est infernal. C'est impossible de le mettre au travail, et quand il s'y mettait ça durait des heures et des heures. Et pour rien !</p> <p>Du fait qu'on a diagnostiqué cette maladie, effectivement après on sait qu'elle peut être soignée donc effectivement nous on est aussi... (<i>on attend plus ?</i>) Ouais... ouais... On espère surtout.</p>	<p>Rien changé car comportement identique, mais devoirs plus faciles.</p> <p>Avant : conflits.</p> <p>Attend plus de l'enfant.</p>

	<p><u>Choix du médicament</u></p> <p>Heu on a fait plein plein de tests tout ça pour savoir si effectivement on pouvait lui donner la Ritaline, parce que c'est quand même beaucoup de sujets, bon moi j'étais pas trop pour la première année, puisqu'on s'en est sorti comme ça jusqu'à maintenant. Mais bon, c'était devenu catastrophique quoi, c'était pas vivable.</p> <p>On l'a fait (<i>le choix du médicament</i>) pour eux (<i>école</i>) on va dire ça. Moi je dis ça comme ça. Moi je l'ai fait pour l'école, parce que on s'en sortait, enfin moi je m'en sortais, maintenant le médecin nous a bien expliqué que c'était pas que pour nous, que c'était aussi pour lui. C'était aussi un bien-être pour lui quoi. Lui se sentait mieux, lui était mieux, lui avait moins de conflits à l'école... et pis ben ça rentrait quoi, parce que là le problème on pouvait passer des mercredis après-midi... ça rentrait là, ça ressortait de l'autre côté.</p> <p>(<i>Autres alternatives ?</i>) Le docteur m'a proposé énormément de choses... et m'a répondu de toute façon vous tiendrez pas le coup, et au bout du compte on arrivera quand même à la Ritaline. Donc est-ce que ça vaut la peine qu'il perde encore une année, et vous aussi... parce que nous on s'est quand même détruit la santé hein.</p>	<p>Tests pour savoir s'il pouvait prendre Ritaline (antécédents). Penser au bien-être de l'enfant.</p> <p>N'a pas essayé d'autres alternatives.</p>
--	---	---

Question 4 : Dans quelle mesure la prise et l'arrêt du traitement au profit d'un autre supposent pour les parents un réajustement de leurs représentations initiales ?

	Retranscriptions	Remarques
Parent 1	Ben justement, j'avais posé la question à une conférence. Est-ce que le cerveau, en étant toujours médicamenté, donc y travaille à la place de ce qui devrait se faire normalement... Est-ce-que le cerveau il apprend à travailler tout seul s'il est médicamenté ? Seulement il n'y a personne qui a pu me répondre à cette question. Donc il y a un nouveau médicament qui est sorti sur le marché... qui est du « Strattera » qui est un non psycho-stimulant et fait office... soit disant y fait comme la « Ritaline ». Mais il prend beaucoup de temps pour faire effet. Donc on a essayé... Le premier mois il a encore la moitié de « Ritaline », c'était parfait. Après, ça a plus fait effet. Que donc ce qui fait, qu'il a jamais réussi... c'est l'année ou il a raté son année scolaire. Et pis en parallèle, on avait beaucoup misé sur l'alimentation aussi avec « Strattera », mais on voit que ça marche pas. Mais au moins comme ça on aura essayé !	Question sans réponse → chgt médic. pour un non-psycho-stimulant. Mais le nouveau médic. ne fait pas effet.
Parent 2	<u>Choix de l'arrêt du traitement</u> Mais ça avait tellement d'effets secondaires que moi j'ai plus vu les effets secondaires que les effets bénéfiques. (Arrêté au) Milieu de la 5 ^{ème} primaire, parce que ben y avait tellement d'effets secondaires. La maîtresse m'appelait souvent en disant ah il est pas bien, il a mal à la tête, il a mal au ventre... Il mangeait plus... du tout. C'était une galère pour manger. On voyait que la fourchette elle arrivait là, ça passait pas quoi... Bon il est déjà pas grand, il est déjà pas gros heu... ça stoppe la croissance, enfin y a des effets secondaires énormes qui lui sont pas mal retombés dessus. On a décidé d'arrêter... en essayant des traitements alternatifs mais qui sont apparemment effectivement, moi je vois aussi que c'est pas autant efficace quoi.	Arrêté Ritaline, car trop d'effets secondaires. Arrêté et remplacé par un autre moins efficace.
	<u>Image de l'enfant</u> Si il disait cette semaine on travaille sur le fait qu'il doit se tenir assis à table, ben c'est toujours pas là, et ça fait huit ans que ça dure... Et tous les jours on rabâche la même chose, et mets les mains sur la table, et tiens-toi comme il faut à table. Et c'est encore pas rentré. Il faut que son cerveau il connecte. Et j'ai beaucoup de peine à l'envoyer à droite à gauche chez des gens... Je peux pas le mettre chez n'importe qui... Ben je veux pas que les gens ils... de dire ben il est mal élevé parce qu'il a des comportements... Avec mes amies, elles savent qu'elles peuvent le gronder, elles savent jusqu'où elles peuvent aller avec lui... Je le mets chez vous, il vous répond, je sais pas comment... oh mais mon Dieu quelle horreur ce gamin ! J'ose pas le laisser rentrer seul de l'école parce que, parce que je sais pas quelle connerie il va me faire sur le chemin quoi. C'est effectivement pas une histoire de manque de confiance, c'est que du fait de sa maladie heu voilà... Il peut être au bord d'une route, il sait bien sûr qu'il y a des voitures et qu'il doit pas se jeter dessus, mais voilà, il voit quelque chose de l'autre côté de la route il va traverser.	Importance du cadre, de règles à respecter. Enfant agité, malpoli... gens croient qu'il est mal éduqué. Pas de notion du temps, distrait → impossible de le laisser autonome.

Question 5 : Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline® suppose pour les parents une réorientation / une redéfinition de leurs stratégies familiales ?

	Retranscriptions	Remarques
Parent 1	<p><u>Stratégies une fois le diagnostic posé</u></p> <p>Oui, j'ai beaucoup fait avec lui, j'ai beaucoup fait pour lui, j'ai beaucoup fait à sa place ! Parce que finalement... faire passer une heure et demi par soir à un enfant qui a déjà fait huit heures d'école. Je me suis rendu compte qu'il était en train de se détruire. Donc il me disait les réponses et je lui faisais ses devoirs.</p> <p>On ne peut pas, on peut difficilement envoyer un enfant petit TDA tout seul dans sa chambre faire ses devoirs, parce qu'il n'a pas la gestion du temps dans sa tête. Lui s'il travaille deux minutes, il a l'impression d'avoir fait deux heures. Donc il va revenir en bas avec rien de fait. Donc il faut être ici, il faut être à côté, il faut être assis à côté. Maintenant, depuis qu'il est au cycle, je ne m'en occupe plus du tout... bon, mais les notes s'en ressentent, mais c'est pas catastrophique. Il bosse 30 secondes par jour et il arrive presque à 4. Donc s'il bossait ne serait-ce que 10 minutes, il serait le premier de classe.</p> <p><u>Règles de vie à la maison</u></p> <p>Alors, les règles, elles sont pareilles. Lui, il n'accepte pas les règles. Donc finalement il a l'impression d'être toujours une victime quand on le punit. Mais les règles, elles n'ont jamais changé en 15 ans. Et c'est pas maintenant qu'elles vont changer. Alors maintenant, il commence à se rendre compte, mais il essaie quand même toujours.</p>	<p>Faire les devoirs avec lui, voire à sa place.</p> <p>Être à ses côtés pour le faire travailler.</p> <p>Maintenant, il travaille seul.</p> <p>Mêmes règles pour tous.</p>
Parent 2	<p><u>Stratégies ou règles</u></p> <p>(<i>Adaptation ?</i>) Non. Bon il est quand même suivi par un pédopsychiatre depuis qu'il a quatre ans. Il a eu pas mal de troubles du comportement aussi, puisqu'il a quand même été élevé pendant trois ans un peu dans un espèce de cocon on va dire ça comme ça. Donc il a été élevé chez sa grand-maman pendant trois ans c'est elle qui s'en occupait. Et quand il est revenu à la maison pour l'école heu... donc on a décidé de le faire suivre tout de suite, puisque moi j'ai vu qu'il y avait un gros problème heu... d'énormes problèmes de tout... que ce soit politesse, comportement,... même si chez la grand-maman il a été super bien élevé hein tout ça, mais il y avait un gros laisser-aller. Donc on a été suivi toutes les semaines, moi je descendais et on a eu beaucoup d'études de comportement. Donc on a été nous mis dans une boîte, c'est-à-dire que nous on nous a donné des clés. Donc on est resté là-dedans et on n'a jamais changé. Si on exige ça de lui, on doit aller jusqu'au bout, jusqu'à tant que ça soit fait. On garde un cadre tout le temps. Ben il en a besoin, puisque lui n'a aucun repère de rien quoi.</p> <p>(<i>Nouvelles stratégies pour l'apprentissage ?</i>) Non il faut apprendre. Donc au début des autres années scolaires on faisait ensemble. Maintenant non il va dans sa chambre, il apprend, quand il sait, il vient nous réciter...</p>	<p>Les règles sont restées les mêmes, ainsi l'enfant a toujours le même cadre (il souffre aussi de problèmes de cpt).</p> <p>Importance du cadre.</p> <p>Apprentissage = rabâcher</p>

12.3 Tableau de traitement des données (enseignants)

Question 6 : Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline®, au profit d'un autre médicament, suppose pour les enseignants une réorientation / une redéfinition de leurs stratégies de gestion de classe et une modification de leurs comportements professionnels ?

	Retranscriptions	Remarques
Enseignant 1	<p>C'était surtout d'un point de vue du temps. Lors d'évaluations, lui laisser plus de temps ou alors partager l'évaluation en deux périodes étant donné que sa capacité était limitée. Sinon il y avait aussi concernant les tâches à domicile... Alors étant donné qu'il n'était plus sous médicament à la maison, on réduisait les tâches, je diminuais la quantité... au niveau des leçons c'était plus difficile parce que on doit quand même l'évaluer par rapport aux objectifs. Après d'un point de vue de la vie de classe ben effectivement peut-être un peu plus permissif selon certaines réactions (ex : <i>se lever, sans demander, pour aller à la poubelle</i>)...</p> <p>(<i>Réaction des autres élèves</i>) Ça a suscité un peu de jalousie... surtout par rapport aux devoirs à domicile où effectivement les élèves ont plus de peine à comprendre que un élève ait moins de devoirs qu'eux. Je pense que les élèves ne se rendaient pas forcément compte des difficultés de justement de cet élève... Et ça a suscité de la jalousie surtout de ce point de vue-là. Après d'un point de vue des examens et d'adaptations du temps c'était moins... moins flagrant. Mais surtout les devoirs à domicile ça s'était...</p>	<p>+ de temps pour les évaluations ou prévoir plusieurs périodes. Diminuer la quantité (devoirs). Plus permissif quant à certains cpts. Jalousie des autres élèves → ils ne comprennent pas forcément.</p>
Enseignant 2	<p>(<i>Avant l'arrêt</i>) Avec des élèves comme ça tu n'as pas du tout le même comportement. Quelque part il est pas tout à fait comme les autres. Tu peux pas demander de rentrer dans le moule.</p> <p>Alors on avait décidé, d'entente avec ses parents, que lui, par exemple, au lieu de faire l'exercice en entier, moi je préférais qu'il fasse les $\frac{3}{4}$, parce que c'est pas des élèves à qui tu peux demander des quantités de choses.</p> <p>J'ai essayé de le gronder, essayé toutes les techniques hein... Pis finalement tu t'adaptes à ce qui va le mieux.</p> <p>À une époque, je lui avais dit, écoute si tu as un peu plus besoin de parler, viens à 7h45. Alors il venait un peu plus vite, pis il me racontait des choses, et pis comme ça quand on commençait...</p> <p>(<i>Places dans la classe</i>) Il est toujours devant. Donc bien devant moi.</p> <p>(<i>Punitions</i>) Au niveau peut-être pas des punitions du comportement, parce que ça je sais qu'il peut le faire. C'est un peu ma manière de travailler. Moi j'estime qu'un élève qui arrive déjà juste à faire son travail, au moment où il commence à rentrer dans le cercle des punitions, ça devient un casse-tête pour tout le monde. Il a plus le temps.</p> <p>(<i>Examens</i>) J'essayais toujours qu'il ait le même temps que les autres. À la limite, vu qu'il est devant moi, si il lui restait par exemple beaucoup à finir, je lui disais « Vas-y, dépêche-toi, dépêche-toi ».</p>	<p>Favoriser la qualité plutôt que la quantité.</p> <p>S'adapter. Accorder moments pour parler. Assis devant l'Ens. Éviter les punitions car cercle vicieux (punir slt les cpts). Pas plus de temps pour les examens, mais être derrière lui.</p>

Question 7 : Dans quelle mesure l'arrêt de Ritaline®, au profit d'un autre médicament, suppose pour les enseignants une nouvelle représentation de l'humain ?

Retranscriptions		Remarques
Enseignant 1	<u>Représentations de l'enfant et du trouble</u> Et puis ben ma première réaction c'était plutôt de me dire ben je vais me faire ma propre opinion, on va voir comment est-ce que ça se passe avec ce genre d'élève sans partir avec des a priori.	Il veut se forger son opinion.
	<u>Connaissance du trouble</u> Alors, on m'en avait parlé lors de notre formation enfin lors de la formation à la HEP. Mais effectivement on l'avait plutôt survolé que parlé donc c'était quand même relativement nouveau. Et puis ben c'est pour ça aussi que j'ai fait des recherches de mon côté. Et y avait aussi la maman de cet élève qui était très impliquée et qui m'a aussi fourni et transmis des informations.	Connaissances faibles, mais a fait des recherches (internet et dossier de la maman) pour le connaître et le gérer.
	<u>Définition du trouble</u> Des élèves avec une attention très limitée, ayant besoin de mouvements, de changements, et... qui s'adaptent difficilement au système scolaire. D'un point de vue de l'enseignant ben forcément que l'on s'adapte, mais d'un point de vue des élèves c'était difficile aussi... Disons dans ses relations avec ses camarades, étant donné que ça faisait 6 ans là qu'ils étaient ensemble... c'était assez tendu... de la peine à entrer en relation avec ses camarades. (...) Relativement isolé oui.	
	<u>Perception pendant et après médicament</u> Heu tout à fait alors. Lors de la première année il était sous traitement... d'un point de vue du comportement, c'était... gérable. C'était pas un... un ange, il avait besoin de bouger, on le ressentait... mais c'était tout à fait gérable. Par contre d'un point de vue des apprentissages y avait quand même heu c'était quand même plus difficile. Ce médicament en faisant l'effet durant un certain laps de temps, lorsqu'il arrivait à la maison il était plus sous l'effet du médicament donc tout ce qui était devoirs et leçons heu c'était difficile. Hé ben ça se ressentait au niveau des résultats scolaires. Hé puis ben justement lorsqu'il a arrêté ce médicament... en fait ça a été fait heu... après les vacances d'automne et la maman ne m'avait pas averti, et disons que après on va dire 1 semaine, on sent tout de suite une différence. C'est sur ce, j'ai contacté la maman pour qu'elle m'explique un peu ce changement de comportement et effectivement elle m'a dit qu'il avait arrêté la médication et puis heu... Alors là ça se traduit vraiment par un élève beaucoup plus difficile à gérer... Avec vraiment une capacité d'attention très limitée et un besoin de bouger constant.	Pendant : cpt gérable, mais apprentissages difficiles. Après : remarqué de suite, beaucoup plus difficile à gérer, capacité d'attention très limitée, besoin constant de bouger.

	<u>Vision vis-à-vis de l'enfant → changement</u> Oui et non heu... D'un point de vue personnel, effectivement c'est quand même beaucoup plus difficile à gérer. Donc c'est un élève qui pose plus de problèmes, sur lequel on va peut-être pas plus s'acharner, mais qui attire plus l'attention donc forcément on est peut-être plus sur son dos et puis heu ben ça pèse aussi au bout d'un moment. Donc mon comportement a quand même changé aussi avec la médication, en étant tout à fait conscient que c'était pas de sa faute, que c'est une maladie et que... mais heu... enfin, tous ces éléments accumulés fait que on est peut-être moins tolérant aussi avec ce genre d'élèves, en étant conscient que c'est difficile pour lui aussi	Élève pose plus de problèmes, donc enseignant est plus sur son dos. Moins tolérant, car accumulation d'éléments. Très pesant. Cpt de l'Ens. a changé avec l'arrêt de médic. tout en étant conscient que ce n'était pas de sa faute.
	<u>Relation avec les camarades</u> Oui je pense qu'ils l'ont aussi remarqué même si ça, même s'ils m'ont pas exprimé comme ça tel quel... Je fais un conseil de classe en fin de semaine qui sert à on va dire régler la vie de classe, et puis effectivement après l'arrêt de ce médicament on tournait souvent autour du comportement de cet élève durant ce conseil. Ce qui prouve bien que les élèves aussi avaient remarqué et commençaient à en avoir marre aussi.	Remarques autour du cpt de l'élève. Élève relativement isolé.
Enseignant 2	<u>Représentations de l'enfant et du trouble</u> C'est-à-dire que c'est tellement fréquent que maintenant y a pratiquement plus une année scolaire où tu as des classes « idéales » comme on avait avant. Ça n'existe plus. Donc heu pfft. De toute façon, on n'a pas le choix, hein. Donc tu l'as, tu fais avec quoi.	Le connaissait depuis l'enfance, pas forcément d'apriori.
	<u>Connaissance du trouble</u> <i>(Déjà eu un enfant TDA/H en classe, mais un cas extrême)</i> C'était... méchant, agressif, bavait et pis tu sais il avait les yeux rouges...	Avait eu un cas extrême.
	<u>Définition du trouble</u> Un élève qui lorsqu'il arrive en classe, déjà il ne peut pas agir comme les autres élèves. C'est-à-dire il peut pas se concentrer, ranger ses affaires... parce qu'il a 50'000 choses, il est dans son monde. Voilà. C'est un élève qui est dans une autre dimension.	Difficultés d'attention. Dans son monde.

	<p><u>Perception pendant et après le médicament</u> Il n'a pas les critères des autres de se mettre au travail de commencer. Il a besoin de beaucoup plus de temps. Il commencera un travail, il regarde... y a une petite abeille... tu vois Gilbert c'est vraiment, vraiment l'attention. C'est pas le comportement, ça rien. Uniquement l'attention. C'est un élève, moi je dirais, hyper cultivé. Ce qui l'intéresse, les choses qu'il connaît, c'est vraiment, vraiment impeccable ! Beaucoup plus que les autres. Dès qu'il se met dans sa petite bulle, s'il a pas envie... voilà. (<i>Changement médicament</i>) Quand même beaucoup moins d'attention. Beaucoup moins. Mais mieux dans sa peau. Plus épanoui, plus... Beaucoup mieux dans sa peau. Mais alors au niveau scolaire, moins bon quoi.</p>	<p>Dans une bulle et vite déconcentré. Peine à se mettre au travail.</p> <p>Moins d'attention, mieux dans sa peau, plus épanoui, niveau scolaire moins bon.</p>
	<p><u>Vision vis-à-vis de l'enfant → changement</u> Donc moi je dirais plus rayonnant, plus joyeux, mieux dans sa peau. Ça j'ai remarqué tout de suite. Maintenant au niveau du travail scolaire, je dirais heu... Donc toutes les branches où il avait de la peine et ben ça a baissé encore plus. Et pis l'écriture, le soin, le rythme de travail... tout ça, ça a baissé. Mais je dis, je le voyais mieux dans sa peau. Mieux avec les autres, mieux intégré.</p>	<p>Plus rayonnant, plus joyeux et mieux intégré.</p>
	<p><u>Relation avec les camarades</u> Parce que moi au début j'avais encore des problèmes avec les autres. Au début, il était souvent seul. Tu vois, il fallait encore gérer à la récré... tout le monde un peu se moquait de lui... tu vois, c'était un peu le mis de côté aussi... Donc y a encore tout ce côté social à lui que j'ai dû travailler. Et pis ça, ça allait mieux après.</p>	<p>Difficultés d'intégration avec ses camarades.</p>