

La prescription de stimulants aux enfants « hyperactifs » : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants

The Prescription of Stimulants to “Hyperactive” Children: A Pilot Study of Incentives and Constraints on Parents, Teachers, and Physicians

Christine Doré et David Cohen

Volume 22, numéro 1, printemps 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502104ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502104ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Doré, C. & Cohen, D. (1997). La prescription de stimulants aux enfants « hyperactifs » : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 216–238. <https://doi.org/10.7202/502104ar>

Résumé de l'article

Le consensus scientifique sur l'utilisation des stimulants pour traiter les enfants « hyperactifs » consiste à reconnaître leur effet calmant sur la conduite perturbatrice et une amélioration de la performance de tâches répétitives, à court terme. Les effets à long terme restent incertains. Pourtant, au Québec, la prescription de stimulants pour enfants dont les parents sont prestataires de sécurité du revenu a triplé de 1990 à 1994, atteignant la prévalence de 11,9 %. À l'aide d'un modèle systémique intégrant les approches de médicalisation de la déviance, d'économie politique et d'analyse stratégique, nous avons envisagé la décision de prescrire comme le résultat d'interactions impliquant divers acteurs au pouvoir inégal et intérêts divergents. Nous avons tenté d'établir la « défendabilité » de ce modèle au moyen d'entrevues auprès de cinq parents, quatre enseignants et trois médecins en contact prolongé avec un enfant hyperactif. Le matériel recueilli révèle l'omniprésence du modèle médical dans le système de traitement de l'hyperactivité mais les enseignants et non les médecins apparaissent comme le moteur de la médicalisation. Selon les parents et les médecins, les enseignants dépistent et « diagnostiquent » les enfants, proposent la médication aux parents et, dans certains cas, l'école exige du médecin une prescription. Les médecins admettent que l'évaluation médicale est souvent très sommaire. Pour leur part, les enseignants soulignent les difficultés de leur tâche et le manque d'encadrement psychosocial à l'école. Les commentaires de nos répondants font ressortir la perception de chacun qu'il voudrait agir différemment mais n'a pas d'autre choix que d'opter pour la médication. Ces observations limitées, qui devraient être validées, suggèrent que le système de traitement des enfants hyperactifs fonctionne de manière irrationnelle et qu'on ne peut raisonnablement s'attendre à le voir servir les intérêts des enfants.



La prescription de stimulants aux enfants « hyperactifs » : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants

Christine Doré*

David Cohen**

Le consensus scientifique sur l'utilisation des stimulants pour traiter les enfants « hyperactifs » consiste à reconnaître leur effet calmant sur la conduite perturbatrice et une amélioration de la performance de tâches répétitives, à court terme. Les effets à long terme restent incertains. Pourtant, au Québec, la prescription de stimulants pour enfants dont les parents sont prestataires de sécurité du revenu a triplé de 1990 à 1994, atteignant la prévalence de 11,9 %. À l'aide d'un modèle systémique intégrant les approches de médicalisation de la déviance, d'économie politique et d'analyse stratégique, nous avons envisagé la décision de prescrire comme le résultat d'interactions impliquant divers acteurs au pouvoir inégal et intérêts divergents. Nous avons tenté d'établir la « défendabilité » de ce modèle au moyen d'entrevues auprès de cinq parents, quatre enseignants et trois médecins en contact prolongé avec un enfant hyperactif. Le matériel recueilli révèle l'omniprésence du modèle médical dans le système de traitement de l'hyperactivité mais les enseignants et non les médecins apparaissent comme le moteur de la médicalisation. Selon les parents et les médecins, les enseignants dépistent et « diagnostiquent » les enfants, proposent la médication aux parents et, dans certains cas, l'école exige du médecin une prescription. Les médecins admettent que l'évaluation médicale est souvent très sommaire. Pour leur part, les enseignants soulignent les difficultés de leur tâche et le manque d'encadrement psychosocial à l'école. Les commentaires de nos répondants font ressortir la perception de chacun qu'il voudrait agir différemment mais n'a pas d'autre choix que d'opter pour la médication. Ces observations limitées, qui devraient être validées, suggèrent que le système de traitement des enfants hyperactifs fonctionne de manière irrationnelle et qu'on ne peut raisonnablement s'attendre à le voir servir les intérêts des enfants.

* Christine Doré, étudiante de Maîtrise en service social pendant le déroulement de cette recherche, est travailleuse sociale au Service d'Aide aux Réfugiés, à l'Hospice Général de Genève, en Suisse.

** David Cohen est professeur et chercheur à l'École de service social et au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal.

Un nombre grandissant d'enfants reçoit le diagnostic de trouble de l'attention avec/sans hyperactivité [TDAH], qui se pose sur la base de signes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité (American Psychiatric Association [APA], 1994). Au Canada, selon IMS (cité dans Alaton, 1996), le nombre d'individus diagnostiqués de TDAH aurait augmenté de 205 000 en 1991 à 561 000 en 1995.

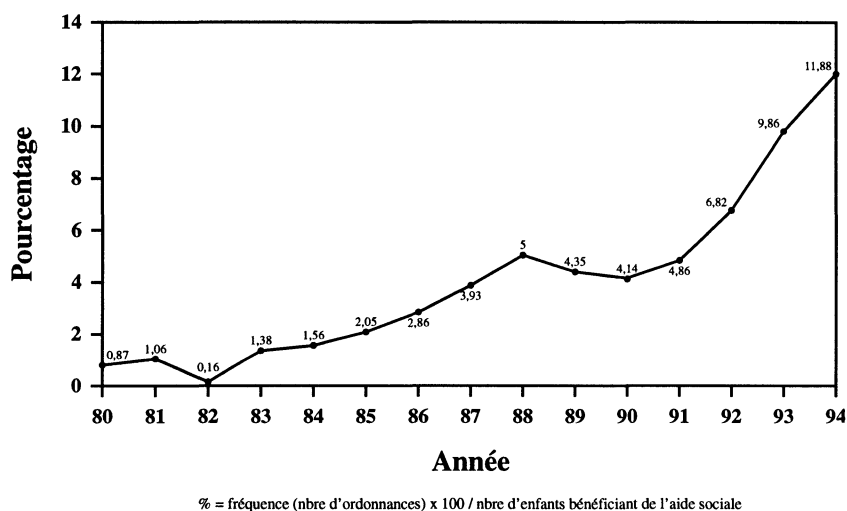
Entre 60 % et 90 % des enfants diagnostiqués reçoivent une prescription de psychostimulant à un moment ou à un autre de leur année scolaire, et ce traitement s'étend souvent sur plusieurs années (Kohn, 1989; Landau et Moore, 1991). Le méthylphénidate (Ritalin), la dextroamphétamine (Dexedrine) et la pémoline (Cylert) sont les produits les plus couramment utilisés dans le traitement de l'hyperactivité. Le premier occuperait 80 % de ce marché (Kelly et Aylward, 1992). En parallèle avec l'augmentation des diagnostics de TDAH, la production annuelle mondiale de Ritalin a grimpé : elle a varié de 2000 à 5000 livres de 1975 à 1989 mais se situait en 1995 à plus de 23 000 livres (Kolata, 1996).

L'augmentation de cette utilisation peut susciter de l'inquiétude. En effet, sur la base de ses effets neuropharmacologiques, le méthylphénidate est classifié avec les amphétamines et la cocaïne dans le DSM-IV (APA, 1994, p. 205) et dans les lois canadiennes et américaines visant le contrôle des substances psychoactives « dangereuses ». Selon l'APA (1989, p. 1221), les patterns d'abus de ces trois substances sont identiques, leurs effets cliniques ne peuvent être distingués en laboratoire et chacune peut être substituée à l'autre et produire les mêmes comportements chez les animaux. Par ailleurs, il existe d'importantes variations nationales dans l'utilisation du méthylphénidate. Les États-Unis consomment 90 % de la production mondiale du Ritalin (Kolata, 1996). Ce produit reste interdit en Suède, où on a connu une épidémie d'usage illicite de stimulants à la fin des années 60. Son usage est presque inexistant en Angleterre et n'a été formellement introduit en France qu'en septembre 1995, où sa prescription est restreinte à la pédiatrie hospitalière (Nau, 1995).

Pour le Québec, les seules données pertinentes que nous avons pu obtenir proviennent de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Ces données, présentées à la figure 1, portent sur la période de 1980 à 1994 et indiquent la proportion d'enfants de prestataires de la sécurité du revenu pour qui une ordonnance de méthylphénidate, de dexédrine ou de pémoline a été exécutée en pharmacie.

Figure 1

Prévalence des ordonnances de stimulants aux enfants de 5 à 14 ans prestataires de la sécurité du revenu (Québec, 1980-1994)



La figure 1 illustre clairement la progression qu'a connue l'usage de stimulants au Québec. De 1990 à 1994, l'augmentation de la prescription est de 286 %. En 1994, le taux de prévalence frôle 12 % — ce qui semble représenter le double de la proportion d'enfants traités dans la population générale (Diller, 1996 ; Santé Québec, 1993). Ces chiffres de la RAMQ soulèvent plusieurs questions sur la nature des troubles d'attention, l'impact de la pauvreté sur ces troubles et leur traitement différentiel selon la classe sociale. Il est à noter que chez les enfants, les stimulants sont également prescrits pour traiter diverses conduites agressives et troubles oppositionnels, ainsi que la narcolepsie, trouble très rare du sommeil (Gittleman-Klein et al., 1988 ; Pelham, 1987).

Quelle que soit sa popularité actuelle, la décision de recourir à la médication psychostimulante pour traiter les enfants présentant certains problèmes de comportement ou d'apprentissage ne repose pas uniquement sur des considérations d'ordre médical ou scientifique. Premièrement, en dépit d'une désignation fréquente du TDAH comme trouble neurobiologique, la cause reste inconnue, et l'existence du TDAH comme trouble ou syndrome distinct est fréquemment contestée (Brisette, 1992 ; McGuiness, 1989). Deuxièmement, les écrits ne permettent

de dégager qu'un seul consensus universel concernant cette utilisation : celui d'un effet tranquilisant à court terme sur les comportements perturbateurs et d'une amélioration de la performance des tâches répétitives. En fait, il est acquis que le méthylphénidate affecte tous les enfants de la même façon, et non pas seulement les enfants diagnostiqués de TDAH : en l'espace d'une heure après l'ingestion d'une seule dose, presque tout enfant sera plus docile et obéissant, et moins distrait (Golden, 1991). Coles (1987) et McGuinness (1989) soulignent qu'après plusieurs années de recherche, nous n'avons pas encore réussi à établir l'efficacité à long terme des stimulants tant sur la conduite que sur la performance scolaire ou les aptitudes sociales. Selon Diller (1996), un pédiatre :

L'usage du Ritalin doit être discuté davantage parce qu'aucune étude de longue durée ne prouve son efficacité. De nombreux rapports font ressortir les effets bénéfiques des stimulants sur la mémoire et la performance à court terme. Dans les études à long terme, les bénéfices aux enfants formellement diagnostiqués d'hyperactivité n'ont pas été démontrés. Pour les enfants avec le TDAH sans hyperactivité ou pour les adolescents et adultes, il n'existe *aucune* étude sur l'efficacité à long terme du Ritalin. (p. 16, trad.)

On relève d'autres limites aux stimulants. Cousin et Weiss (1993) soulignent que 20 % à 30 % des enfants ne répondent pas favorablement à la médication. De plus, 30 à 50 % des enfants et adolescents ont une réponse positive au placebo, surtout lors d'essais cliniques de courte durée (Simeon et Wiggins, 1993). On note plusieurs effets néfastes lors de la consommation de stimulants, principalement l'insomnie (qui appelle parfois une prescription conjointe de tranquillisants) ; la diminution de l'appétit, les douleurs abdominales et les maux de tête ; la dépression, la nervosité et l'irritabilité (Barkley, 1988) ; et l'interruption momentanée de la croissance (Gittelman-Klein et al., 1988 ; Ciba-Geigy, 1990). L'exacerbation de tics préexistants ou l'émergence de nouveaux mouvements stéréotypés sont également rapportés. Les effets néfastes par suite d'un usage chronique à doses élevées incluent l'agitation, les épisodes psychotiques, le comportement violent et la dépendance psychologique.

Vu la rareté d'études à long terme, l'impact des effets négatifs sur l'enfant et son entourage est inconnu et plusieurs questions restent en suspens. Par exemple, l'interruption de la croissance physique se répercute-

t-elle sur la structure du cerveau de l'enfant? Également, alors qu'une étude récente (Biederman et al., 1995) rapporte que les individus autrefois diagnostiqués de TDAH risquent davantage de se retrouver parmi un échantillon adulte de toxicomanes, les auteurs ont omis de prendre en compte la variable de consommation de stimulants durant l'enfance.

Plusieurs travaux récents plus ou moins critiques ont analysé les contextes scientifique, socio-politique et économique de la prescription de stimulants aux enfants diagnostiqués de TDAH (Armstrong, 1993; Breggin et Breggin, 1994; Diller, 1996; Merrow, 1995). Parmi les points qui ressortent souvent, on note l'importance du financement accordé par l'industrie pharmaceutique aux associations de parents d'enfants diagnostiqués. Nous n'avons localisé aucune recherche publiée portant plus particulièrement sur les perceptions des individus directement impliqués auprès de l'enfant diagnostiqué.

Dans cette étude, nous nous penchons sur les facteurs qui contribuent à la décision d'utiliser un stimulant pour traiter ou contrôler ces comportements dérangeants communément désignés sous le nom d'hyperactivité. Considérant que de tels comportements se manifestent et se gèrent dans au moins trois « systèmes » — familial, scolaire et médical — nous envisageons le recours à la médication comme le résultat d'influences et d'interactions complexes impliquant plusieurs acteurs et enjeux.

Cadre d'analyse

Pour mieux comprendre le recours à la médication stimulante, nous avons privilégié une approche d'analyse systémique. Celle-ci nous permet d'interpréter et de représenter l'objet à l'étude — désigné comme le « système de traitement des enfants identifiés comme hyperactifs » — dans sa totalité, laquelle est structurée, fonctionne et évolue en interaction constante et finalisée avec l'environnement. Selon Scott (1985, p. 604), « *in complex systems the whole is more than and different than the sum of its parts* ». On saisit donc mieux la complexité du système en essayant de considérer simultanément les différentes parties qui le composent, ainsi que les relations qui unissent ces dernières.

Nous avons élaboré un modèle conceptuel du fonctionnement du système de traitement, schématisé à la figure 2. Ce modèle tente d'intégrer trois approches théoriques : la médicalisation de la déviance (Conrad et Schneider, 1980), l'économie politique (Cohen et McCubbin, 1990) et l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977).

La médicalisation de la déviance sous-tend que, particulièrement depuis la fin du siècle dernier, certaines conduites déviantes, conçues et

gérées à l'intérieur d'un cadre moral ou pénal, en viennent à être définies et gérées comme des maladies ou des problèmes de nature médicale (voir Bouchard et Cohen, 1995). La profession médicale ou d'autres professions empruntant le modèle médical sont mandatées pour traiter ces problèmes. Puisqu'aucune donnée empirique ne vient établir définitivement les bases physiologiques de ces déviations comportementales, les nouvelles désignations sont conçues dans la théorie comme des construits sociaux relatifs à l'époque, au contexte et aux intérêts des acteurs d'une société (Conrad et Schneider, 1980).

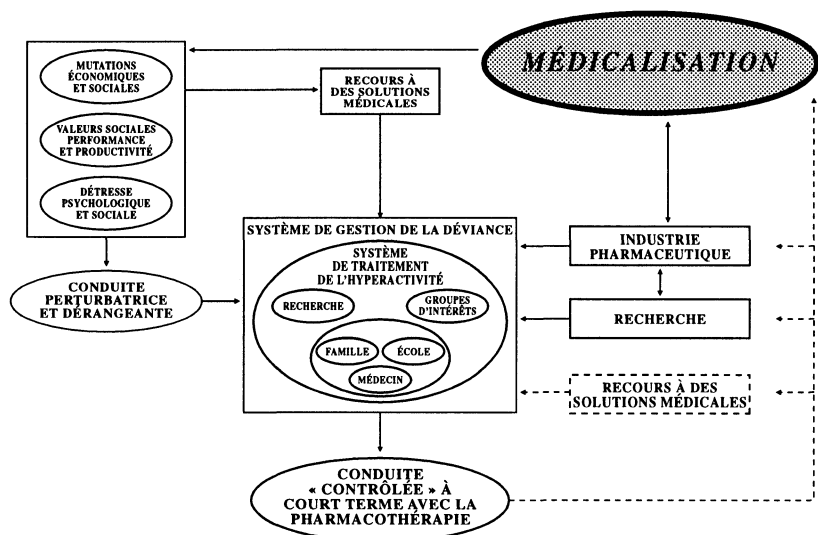
L'économie politique, dans la forme qui s'inspire des théories du *public choice* (Buchanan, 1972), vise à comprendre la persistance de pratiques irrationnelles en dégagant les circonstances entourant les prises de décision des acteurs dans un système donné. Approche économique dans la mesure où elle conçoit que les gens agissent parce qu'ils sont animés par des intérêts compréhensibles et identifiables (sécurité, tranquillité, argent, pouvoir, statut social, etc.); approche politique également car les individus et les groupes s'efforcent d'influencer l'élaboration des règles qui régissent les incitations et les contraintes entourant la prise de décision. On associe les deux termes pour souligner que ce sont les mêmes personnes qui agissent aux niveaux économique et politique et que ces niveaux sont en relation dynamique (Cohen et McCubbin, 1990). Il est à noter que cette approche se distingue de l'économie politique classique d'orientation marxiste, qui cherche à identifier des macro-déterminants (structure sociale, système économique, etc.) de certains phénomènes. Selon Kiger (1985), depuis les années 60, les changements dans le marché de l'emploi, l'augmentation du nombre d'élèves à la suite du « baby boom », les décisions juridiques rendant difficiles l'expulsion de l'école des enfants perturbateurs ainsi que l'émergence d'une idéologie plus libérale comptent parmi les facteurs ayant contribué à la médicalisation accélérée du problème des enfants dérangeants à l'école. Dans l'approche d'économie politique ici utilisée, on accorde une importance particulière aux acteurs, aux choix qui s'offrent à eux et à la probabilité qu'ils prennent une décision plutôt qu'une autre. Cette probabilité variera en fonction des incitatifs auxquels répondent les acteurs et des contraintes qui pèsent sur eux, les deux étant relatifs aux systèmes dans lesquelles les acteurs évoluent.

Quant à l'analyse stratégique, elle permet aussi d'éclairer la logique guidant les décisions prises par les acteurs impliqués. Elle entend que leurs comportements ne sont jamais totalement déterminés : les acteurs possèdent toujours une certaine marge de manoeuvre pour décider. Toutefois, cette autonomie n'implique pas que les décisions soient

« rationnelles » — c'est-à-dire qu'elles aient un but ou des finalités explicites ou conscientes. Ce sont plutôt les stratégies, qui ne sont pas nécessairement conscientes ou volontaires, qui sont rationnelles. Pour Crozier et Friedberg (1977), l'individu n'a ni le temps ni les moyens de déterminer qu'elle est la meilleure décision à prendre : il tente plutôt de trouver la moins insatisfaisante. La finalité de l'action serait donc le résultat d'un choix « stratégique » poussant les acteurs à considérer les contraintes du contexte et les possibilités susceptibles de faire avancer leurs intérêts. Car la voie dans laquelle l'acteur décide de s'engager sous-tend toujours, selon Crozier et Friedberg, une possibilité de gains.

Figure 2

Modèle conceptuel du système de traitement des enfants identifiés comme « hyperactifs »



L'objectif de la présente démarche est d'identifier les contraintes et incitatifs propres au système de la gestion des enfants identifiés comme hyperactifs, qui sont susceptibles d'influencer ou de conditionner la décision de différents sujets d'avoir recours à la médication. Nous avons cherché à établir la « défendabilité » de notre modèle et à l'appliquer au domaine d'observation, non pas à le tester ou à le valider dans le sens traditionnel de ces termes. Selon Checkland (1981, p. 173)

il n'y a pas de règle ou de méthode unique pour distinguer entre des modèles conceptuels défendables et des modèles moins défendables, sinon que cela doit s'effectuer auprès des personnes directement concernées par la problématique soulevée.

Méthode

Nos données ont été recueillies au moyen d'entretiens en profondeur auprès de quatre parents, cinq enseignants du primaire et trois médecins. Nous avons décidé qu'en laissant une place dominante au vécu de l'acteur et en saisissant ses perceptions subjectives, cette technique permettait, mieux qu'une autre, de dégager les circonstances entourant la prise de décision. Nos répondants se trouvaient au moment de l'étude ou s'étaient déjà trouvés en contact prolongé avec un enfant identifié comme hyperactif et recevant un stimulant. Tous les répondants contactés ont accepté d'emblée de participer à l'étude.

Trois parents ont été recrutés par l'intermédiaire d'une association de groupes de parents d'enfants hyperactifs, et le quatrième, par un contact personnel. Nous n'avons recueilli aucune donnée socio-démographique sur les parents (trois mères, un père) mais parmi les enfants représentés par ces parents, on comptait trois garçons et une fille, âgés entre 8 et 13 ans. Trois professeurs ont été contactés par le biais de trois associations syndicales de professeurs, liées à des commissions scolaires des alentours de Montréal; deux autres professeurs ont été contactés par un psychologue oeuvrant dans une autre commission. L'échantillon de professeurs comprenait quatre femmes et un homme, avec une durée moyenne d'expérience d'enseignement au niveau primaire de 26 ans (variant entre 15 et 32 ans); au moment de l'entrevue, quatre répondants enseignaient au niveau primaire et une depuis quelques mois au secondaire. Quant aux médecins, nous avons contacté l'un d'entre eux, un pédiatre, à la suite d'une conférence publique qu'il a faite sur le thème de l'hyperactivité. Il a fourni le nom de quelques collègues ayant traité des enfants hyperactifs; les deux premiers contactés, une autre pédiatre et une omnipraticienne, ont accepté de participer. Les pédiatres comptent six et trois ans d'expérience respectivement, et l'omnipraticienne, 11 ans. Leurs milieux de pratique varient : un dans un établissement de soins spécialisés pour enfants, une dans un hôpital général, la dernière en CLSC.

Les entretiens, menés par C. Doré, se sont déroulés du 22 février au 12 avril 1995. Sept entretiens ont été menés face à face et cinq par téléphone, en raison de la distance géographique ou de l'incompatibilité des horaires. L'entretien moyen a duré 50 minutes. Nous avons utilisé

une grille de questions semi-structurée et adaptée en fonction du type d'acteur interrogé. Les thèmes abordés étaient les suivants : les services éducatifs et psychosociaux offerts et leur disponibilité ; les ressources dont bénéficient les parents et les professeurs ; l'information et les conceptions entretenues sur la médication et sur l'hyperactivité ; les conditions de prescription de la médication (fréquence, outil diagnostique, etc.) Avec l'accord des participants, tous les entretiens ont été enregistrés sur magnétophone et retranscrits verbatim. Les détails sur l'identité des répondants ont été modifiés et les noms réels ont été remplacés par des noms fictifs.

Le matériel écrit a fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative. Une lecture flottante du verbatim des entrevues a d'abord été réalisée. Nous nous sommes concentrés sur la présence ou l'absence de thèmes dans les propos des répondants, non leur fréquence. L'analyse qualitative interprète le matériel étudié à l'aide de quelques catégories analytiques en faisant ressortir ses particularités et en les décrivant. Elle ne vise pas la généralisation. Les catégories d'analyse ont été établies selon une grille mixte permettant de nous adapter au contenu du matériel. Ainsi, deux catégories d'analyse, soit la médicalisation de l'hyperactivité et les contraintes et incitatifs pour les acteurs des sous-systèmes, résultent de notre modèle, alors qu'une autre catégorie, les différentes étapes de la prise en charge de l'enfant, est née du matériel recueilli. Chaque catégorie était opérationnalisée ; par exemple, la médicalisation de l'hyperactivité se repérait selon quatre indicateurs dans les propos des répondants : la conception ancienne ou l'évolution de l'hyperactivité, la conception actuelle, la suggestion d'aller consulter le médecin et la suggestion de la médication comme solution au problème. Les détails additionnels sur la méthode de cette étude, ainsi que les résultats complets, sont disponibles dans Doré (1995).

Synthèse des résultats et commentaires

Nous présentons ici un résumé des principaux résultats obtenus, organisés selon quelques thèmes d'intérêt. Pour mieux alimenter la discussion plus formelle de ces résultats dans la section finale, nous accompagnons la présentation de quelques commentaires et clarifications provenant d'écrits pertinents et de notre modèle conceptuel.

La médicalisation de l'hyperactivité

Le fonctionnement du système de traitement de l'hyperactivité semble influencé par l'omniprésence du modèle médical. Au niveau conceptuel, cela se traduit par l'emploi, chez presque tous les répon-

dants, d'un vocabulaire médical (« maladie ») pour désigner l'hyperactivité. Au niveau interactionnel, cela s'observe par l'établissement d'un « diagnostic » psychiatrique des enfants identifiés et par leur prise de médication.

Dans les premiers travaux analytiques sur le sujet, Conrad (1976) avait proposé l'explication que l'identification et le pré-étiquetage sont faits par l'école et la famille, suivis d'un étiquetage « officiel » par la profession médicale. De nos données, il ressort plutôt que les enseignants seraient comme le moteur de la médicalisation, les médecins n'étant impliqués qu'en périphérie. Selon nos répondants, les enseignants étiquettent, « diagnostiquent », proposent la médication aux parents et, dans certains cas, l'école semble exiger du médecin une prescription.

L'extrait suivant, d'une enseignante de 4^e année, nous suggère que c'est maintenant l'école qui assure l'autorité morale en ce qui a trait aux solutions médicales auprès de l'enfant hyperactif :

[...] Maintenant je suis convaincue que pour plusieurs enfants, la médication, ça le sauve, autrement dit pour quelques années tu sais [...] Ça fait que donc je le conseille aux parents. Cette année je l'ai conseillé à trois parents...

La plupart des répondants étaient d'accord que de plus en plus d'enfants à l'école prennent du Ritalin. Pour une enseignante, les cas sont référés plus rapidement vers le système médical depuis les dernières années :

[...] mais après [l'avènement de la médication dans les années 70] tout enfant qui était le moins — et c'est ça que je te dirais comme dans les dix dernières années — tout enfant qui bouge qui est pas de la gravité de ceux qu'on avait il y a vingt ans, tout le monde après ça, le moins — que tu les envoyais à Ste-Justine, ressortaient avec du Ritalin, donc ils en avaient tout l'monde [...] Je pense que mon premier élève au début des années 70, j'avais incité la mère à aller voir un médecin. Puis après, c'est les enfants qui arrivaient en disant : Je prends du Ritalin, ma mère me demande qu'à l'heure du midi on oublie pas qu'on me le fasse prendre.

La suggestion d'aller consulter le médecin

Un lien étroit semble exister entre l'identification d'un enfant comme hyperactif et la demande de consultation médicale, demande formulée avant même que ne soit mise en place une intervention de type éducatif ou autre pour tenter de remédier au problème identifié. Voici les propos d'une mère :

Ben là, la psychologue et la professeure ensemble ont fait leur évaluation, m'ont recommandé le Ritalin, mais sauf que ça prend le médecin là bon pour avoir le Ritalin. J'ai tout simplement été voir mon médecin, je lui ai dit : Bon à l'école y m'ont dit ça, ça, ça, ils pensent que je devrais lui en faire prendre [...]

D'autres répondants indiquent que la médication est proposée ou présentée aux parents comme la meilleure, voire l'unique solution, au problème de l'enfant. Voici les propos d'un parent :

Ç'a été juste en 3e année. Là, le professeur m'a parlé de déficit d'attention. Y m'ont suggéré le Ritalin à ce moment-là, mais on voulait rien savoir de ça à ce moment-là [...] c'était la seule solution réelle qui nous était présentée. Oui, comme moyen miracle un peu de régler ça.

Ce même parent indique une insistance de la part de l'école pour que l'enfant soit médicamenté :

[...] je sais qu'à partir de la 3e année, à chaque année les professeurs me parlaient du Ritalin, puis à chaque année je refusais. En 5e année je sais que c'est au début de l'année, au tout début de l'année à la première rencontre de parents [...] le professeur [...] avait dit en parlant à tout le monde qu'elle avait décelé quelques cas de déficit d'attention déjà dans la classe. Elle dit : Je suis presque sûre là, tu sais. Puis quand on est sorti, elle m'a accroché, puis elle m'a dit : Votre fils en est un. Puis, dès le début de l'année, elle m'a parlé du Ritalin.

Un pédiatre supporte fortement l'idée que la demande de la médication de la part de l'école est pratique courante :

L'école envoie un message au pédiatre en disant : *Nous on a décidé qu'il était hyperactif, vous devez prescrire. Vous ne connaissez rien là-dedans, vous nous faites confiance.* En

d'autres termes on nous demande de donner un chèque en blanc [...] c'est la demande. Alors ça c'est les cas les plus fréquents. C'est la demande [...] L'école décide qu'ils ont mis le diagnostic hyperactif et ils demandent la médication, c'est très clair et net. Ils demandent la médication [...] j'ai parlé à beaucoup de mes confrères (parce qu'on a quand même fait des petits sondages), et c'est vraiment comme tel. Et là ils s'attendent, l'école, le professeur s'attend, quand l'enfant va revenir, la médication va être prescrite. Ça, c'est la grande majorité au Québec.

Contraintes pour les médecins

Notre modèle ne nous suggérerait pas cette place prépondérante du système scolaire. Nous supposons que le médecin, étant donné le statut que lui confère sa profession et son expertise sur le traitement médicamenteux, influencerait davantage la *décision de recourir* à la médication. Or, les propos des parents et de deux médecins indiquent que la décision de prescrire était surtout le résultat de pressions exercées par l'école — le médecin ne ferait que prescrire une fois la décision prise par d'autres. Notre modèle nous suggère cependant que l'acteur bénéficie d'une marge de manoeuvre : s'il arrête son choix sur la médication, c'est qu'il la perçoit comme étant le plus susceptible de répondre à certains de ses intérêts. Les propos d'un pédiatre illustrent comment le médecin peut percevoir sa situation :

[...]comme médecin il se sent forcé [...] on a reçu des plaintes encore de la CECM — pour ne pas la nommer — disant que vous, votre rôle, c'est de prescrire les médicaments. Pour tous les autres conseils scolaires vous avez aucun rôle là-dedans. Vous ne nous direz pas quoi faire.

La rationalité des stratégies privilégiées par les parents et les médecins peut partiellement s'expliquer par le fait que ces acteurs perçoivent l'école comme possédant le plus de pouvoir. Une question s'impose : si la médication répondait effectivement aux besoins des enfants, les acteurs auraient-ils besoin de pression pour y avoir recours ? En d'autres termes, le choix de la médication semble correspondre davantage aux intérêts des acteurs des sous-systèmes qu'à ceux de l'enfant. La vitesse avec laquelle la médication semble prescrite, et les raisons parfois évoquées pour cette prescription, confirment notre analyse. Selon une mère, lors de la première consultation chez un neurologue,

Nous sommes entrés dans le bureau, il a fait marcher Patrick sur le bout des pieds, il l'a examiné un peu [...] Bon, il m'a demandé pourquoi j'étais là, pourquoi j'étais allée le voir. Je lui ai tout expliqué. Il m'a dit : Bon, pour donner une chance à Patrick, nous allons lui donner du Ritalin, ce qui va calmer l'entourage de Patrick. J'ai dit : Sans savoir ce qu'il a ? Il a dit : Moi je pense que Patrick, peut-être qu'il est hyperactif. J'ai dit : Vous *pensez* ou Patrick *est* hyperactif ? Il m'a dit : Écoutez, là. Vous avez le choix. Vous retournez sans donner de médicament à votre enfant, l'école va continuer à vous embêter vous et votre enfant. Sinon vous donnez du Ritalin à votre enfant et vous allez plus entendre parler de rien.

Les propos d'une pédiatre critiquent les pratiques médicales actuelles, allant jusqu'à remettre en question le rôle de ces spécialistes dans le traitement de l'hyperactivité :

[...] les pédiatres dans leur formation ne reçoivent en moyenne qu'une semaine de formation dans les quatre ans de spécialité. Il y a un très petit nombre, donc, un nombre restreint de pédiatres qui reçoivent une formation pour peut-être présumer avoir les ressources d'écouter les parents et de savoir de qu'est-ce qu'on parle [...]

Par conséquent, cela donnerait lieu à des situations où la médication est prescrite de manière approximative, sinon automatique :

La médication est prescrite, malheureusement, par les pédiatres dans un court laps de temps, c'est-à-dire peut-être 5-10 minutes, la rencontre avec les parents, souvent par des gens qui savent pas trop trop comment faire la médication. Mais en mettant une dose de 5 ou 10 mg on arrive toujours à un certain succès. Mais pour le pédiatre, c'est dérangeant, il est pas expérimenté là-dedans, c'est des cas lourds [...] C'est tout à fait dérangeant parce que 1) ils sont... ils ont pas l'expérience, 2) ils savent pas de quoi ils parlent, 3), ils se sentent comme utilisés par le système, 4) ils essaient de répondre à la demande des parents ne sachant pas trop comment y répondre et 5) c'est des cas lourds et longs et dans une pratique de pédiatrie, dans un bureau, c'est des cas qui consomment beaucoup de temps et qui sont non payants. Faut être très honnête.

La prescription semble placer le médecin dans une situation qui met en cause à la fois le rôle que lui dicte sa profession — celui de traiter — et le bien-fondé de cette pratique qui semble à l'occasion manifestement irrationnelle. La pharmacothérapie apparaît comme un moyen permettant au médecin de poser un acte médical et de garder l'espoir que cet acte puisse produire, à court terme, certains résultats positifs au niveau de la conduite de l'enfant. Mais les doutes subsistent :

[...] je me dis, en quelque part, peut-être que je pourrais faire du bien à cet enfant-là. En d'autres termes, c'est que j'essaie de faire le Aladin, mais il y a une autre partie de moi qui me dit : Fonce encore, dénonce le système, parle à l'école.

Contraintes et incitatifs pour les enseignants

Comment les effets du Ritalin sont-ils perçus en classe, par certains enseignants ? Une enseignante nous raconte le cas d'un élève :

[...] ça fait un effet fantastique. Cet enfant-là qu'on n'avait pas été capable d'évaluer était assis et on pouvait lui dire, ben : Tu prends ton crayon, tu vois la consigne, tu prends ta règle, tu descends ta règle. Et il était capable d'exécuter une tâche, alors qu'il n'avait jamais fait ça avant. Donc, on a trouvé ça comme... on en revenait pas comme prof, là.

Les propos de deux enseignantes sont explicites quant à l'utilité de la médication pour alléger leur travail et faire bonne impression :

On te demande pas d'avoir un bon contact avec les jeunes, on te demande pas que les jeunes soient bien, qu'ils fassent des apprentissages. Ce qu'on veut, c'est que ce soit calme quand on passe dans le couloir. « Elle tient sa classe. » Mais quand je tiens ma classe, le Ritalin ça aide.

[...] si le directeur passe, puis il veut qu'ils restent bien tous bien assis, le Ritalin, là, ça aide. Tu fais des meilleures journées.

Il est clair que le mandat de l'école s'étend de plus en plus à une mission explicitement sociale (par ex., dépistage et prévention des MTS, du suicide, des toxicomanies, etc.), alors que ses ressources financières et humaines diminuent de manière appréciable. La possibilité

de chercher une aide médicale extra-scolaire peut apparaître comme un moyen de répondre aux nouvelles exigences. Ainsi, une intervention ne doit pas nécessairement répondre aux besoins éducatifs et socio-affectifs des enfants pour se présenter comme une alternative logique et utile pour les acteurs du système scolaire.

Lorsqu'on lui demande s'il reçoit du support comme enseignant, un de ceux-ci répond :

Oui, mais très peu. Puis ça [le service de psychologie] c'est presque en voie de disparition [...] Une travailleuse sociale, y'en avait une, nous autres, à temps plein dans l'école en 72-73, puis là on en a une aux cinq jours, puis y'a pas moins d'élèves, y'a pas moins de profs. [...] Oui, manque de ressources, manque de support [...] les enfants ont perdu au niveau du service.

Pour une enseignante, l'accès aux services psychosociaux est long et difficile :

Avant de recevoir un service, il faut que tu prouves qu'il y a des besoins. Pour prouver qu'il y a des besoins c'est long, très long [...] mais comme la psychologue est là juste une fois par semaine à l'école, et puis juste faire passer des tests, juste à un enfant, à plusieurs étapes, tu sais, c'est pas vraiment, c'est long, puis y'a ben des enfants qui sont en attente, tu sais.

La prise en charge des élèves qui présentent des difficultés apparaît donc étroitement liée à des contraintes de nature structurelle. Un médecin nous livre son impression du système scolaire :

[...] je pense que l'école n'a peut-être pas un modèle précis pour prendre soin de ces enfants-là qui dérangent, qui bougent un peu plus que les autres [...] pour de multiples raisons : compressions budgétaires; nombre de ressources; professeurs peut-être avec formation non adéquate; pressions de la part des commissions scolaires de façon à réduire le nombre d'intervenants; nombre de psychos ou d'orthos restreint. [...] Cas peut-être plus lourds sur le plan social, alors ces cas-là, de ces enfants-là qui, la plupart du temps réussissent, alors c'est ça qui est dérangeant, c'est qu'ils réussissent, donc on a pas besoin de mettre des ressources [...] donc on va voir le pédiatre.

À part ces considérations d'ordre organisationnel, la prise en charge et l'identification de ces élèves peuvent également dépendre de facteurs plus subjectifs tels les limites de tolérance des enseignants et leur gestion de la classe, car « un trouble du comportement à l'école est avant tout un problème pour l'enseignant » (Tremblay et Royer, 1992, p. 23). Selon une enseignante, l'enseignement est de plus en plus exigeant :

[...] c'est énorme la tâche qu'on a à faire [...] Puis, plus on a de la pression pour le rendement scolaire, moins j'ai du temps pour intervenir sur le comportement. Donc là, je vais être amenée à le cadrer le comportement. On est toujours pris dans un système. Plus le système est exigeant et demande une performance, moins j'ai de temps. Puis peut-être aussi c'est un des facteurs qui fait qu'y a tant de jeunes qu'on met sous médication, parce qu'on veut les rendre dans le moule, puis il faut que tu donnes la bonne réponse au bon moment.

Une autre enseignante va dans le même sens :

Ça demande beaucoup plus, beaucoup plus l'enseignement aujourd'hui à cause de ces enfants-là, à cause de bien des problèmes. Je dirais que c'est le double si c'est pas le triple exigeant que quand j'ai commencé à enseigner. C'est dur.

Contraintes et incitatifs sur les parents

Nous avons constaté en premier lieu que les parents peuvent éprouver de sérieuses difficultés à cause de leur enfant hyperactif :

[...] c'était la terreur de la famille, et assez qu'un moment donné, les gens nous disaient : Viens, mais emmène pas ta fille.

Le diagnostic d'hyperactivité peut présenter une solution au manque de support et à la stigmatisation des familles :

[...] les parents qui ont des enfants en déficit attentionnel n'ont pas de support, ni de la famille, ni de... surtout pas de la famille, souvent parce que la famille dit : Oui, mais élève-le ! T'as pas le contrôle ! T'as pas assez de discipline ! Tu fais pas ça correct ! Toujours quelque chose que tu fais pas correct [...] Jusqu'au jour où c'est diagnostiqué.

Une fois le problème diagnostiqué chez l'enfant, ces parents ne se voient pas offrir de véritables choix relativement aux services disponibles. À part la médication pour l'enfant, aucun plan d'intervention structuré n'a été soumis aux parents interrogés, sauf à une mère à qui on a offert de placer sa fille en « classe de trouble du comportement ». Les parents évoquent également un manque de désir de la part des enseignants et des médecins de discuter des alternatives non pharmacologiques. Les propos d'une mère illustrent cette perception :

[...] moi, ce que je souhaiterais, c'est peut-être que les gens soient mieux renseignés au niveau scolaire [...] au niveau de l'école, peut-être que des parents comme nous autres dans notre cas pourraient profiter de plus de renseignements. Je souhaiterais justement qu'on ne suggère pas strictement le Ritalin comme aide aux jeunes [...]

L'extrait suivant, d'un médecin, suggère que les parents se voient effectivement « forcés » de médicamenter leur enfant. Le commentaire évoque la « complicité » de deux acteurs qui voient leurs choix limités par les pressions exercées sur eux par l'école et par le manque de ressources :

Oui, mais quand les parents se présentent au bureau du docteur, ils ont déjà la corde de pendaison qui les attend s'ils ne font rien, s'ils ne retournent pas avec ce genre de chose-là, ce genre de... la médication. Donc, en d'autres termes, c'est qu'on les force à faire quelque chose. Ils doivent trouver quelqu'un qui doit être complice. Le complice n'a pas d'autre choix, sachant très bien qu'y a pas d'autres ressources, et là, le cercle continue.

La médication serait donc un moyen pour cette mère d'échapper aux pressions exercées par l'école :

Je me suis souvent posé la question : Est-ce que je continue le Ritalin parce que je ne veux plus avoir de troubles avec l'école, la direction de l'école. Est-ce que je continue par rapport à ça ou si je continue parce que ça va bien et est-ce que c'est le médicament qui fait ça [...] Je me dis : bon, ça nuit pas à Patrick présentement. Je n'ai pas de problème. Je ne veux pas qu'on revive ce que nous avons vécu l'an passé [...] il est plus calme, alors l'entourage laisse Patrick tran-

quille, puis pour moi, présentement, la priorité c'est exactement ça. Je ne veux pas que l'école dérange Patrick [...] je suis sûre que s'il arrête le Ritalin, je suis sûre que l'école va revenir sur nous.

Discussion

La légitimité d'utilisation des stimulants pour traiter les enfants « hyperactifs » ne fait pas consensus, et les effets à long terme de ces substances restent incertains. La désignation du déficit d'attention et de l'hyperactivité comme maladie est aussi sujette à controverse. La prescription des stimulants au Québec, comme en Amérique du Nord généralement, a pourtant presque triplé en cinq ans. Cette étude exploratoire visait à mieux comprendre pourquoi et comment les stimulants sont prescrits à ces enfants. Nous avons postulé que la décision de recourir à la médication méritait d'être envisagée comme le produit d'influences et d'interactions complexes impliquant, à part les enfants eux-mêmes, aux moins des parents, des médecins et des enseignants. Autant notre approche systémique nous rapprochait de l'objectif de tenir compte simultanément d'un ensemble d'éléments impliqués dans la décision, autant elle nous éloignait d'explications plus proprement médicales.

Notre premier objectif était d'appliquer notre modèle conceptuel au domaine d'observation. Suivant la suggestion du théoricien systémique Checkland (1981), nous avons simplement cherché à savoir si des personnes directement impliquées dans la problématique appuieraient quelques propositions émanant du modèle. Nous estimons que oui, et nous concluons que ce modèle mérite une utilisation plus poussée, en incluant les acteurs d'autres systèmes impliqués, tels les chercheurs dans le domaine de l'hyperactivité, les pharmaciens, les départements régionaux de santé publique, les divers intervenants psycho-sociaux en milieu scolaire, les sociétés pharmaceutiques. Les incitatifs et les contraintes agissant sur ces acteurs méritent également d'être identifiés et mis en relation avec ceux des acteurs traditionnels.

Il est entendu que ces 12 entretiens ne nous permettent pas de préciser la dynamique de la prescription de stimulants dans toutes les situations possibles. Par contre, les données renforcent l'idée que les différents acteurs impliqués dans cette décision ne partagent pas les mêmes intérêts et n'ont pas le même pouvoir (Cohen et McCubbin, 1990; Montagne, 1992). Pour des considérations éthiques et en raison des ressources limitées d'une recherche exploratoire, nous n'avons pas cherché à inclure des enfants dans cette étude. Ils sont néanmoins les acteurs les moins puissants dans le système de traitement de l'hyperac-

tivité. Dans une analyse du système de santé mentale, McCubbin et Cohen (1995) ont souligné une des conséquences du déséquilibre de pouvoir entre les « clients » et les autres acteurs :

S'il est vrai que les résultats à *l'intérieur* du système sont déterminés par des acteurs dont les intérêts divergent franchement de ceux des clients, il est aussi vrai que les premiers acteurs contrôlent les moyens de *reproduction* du système, comment les règles du jeu sont établies et modifiées. (p. 5, trad.)

Nous données nous suggèrent plusieurs pistes de recherche à poursuivre : tant que les intérêts des enfants ne seront pas représentés équitablement à l'intérieur du système, celui-ci continuera-t-il de se perpétuer sensiblement tel qu'il existe ? Pour provoquer des changements souhaitables au niveau de la direction ou de la finalité du système de traitement des enfants hyperactifs, faudra-t-il modifier les relations entre les éléments constitutifs, probablement par l'introduction d'un nouvel *input* ou d'un nouvel acteur dans le système ? Des acteurs, qui représenteraient les intérêts des enfants (c'est-à-dire qui représenteraient les enfants comme « sujets » et non comme « objets » du traitement), pourront-ils opérer cette dynamique, pour autant que leur présence soit éventuellement assortie de connaissances et de responsabilités proportionnelles ? Plusieurs acteurs naturellement orientés vers l'intervention psychosociale sont déjà présents (travailleur social, psycho-éducateur, psychologue, etc.), sans qu'ils soient en mesure d'y effectuer de véritables réformes ou d'endiguer ce qui semble être une prescription massive de stimulants en milieu scolaire. Néanmoins, il est à noter que l'augmentation de cette prescription s'est faite en parallèle avec une réduction des effectifs d'intervention psychosociale dans les écoles. Des informations solides sur les stimulants, de sources indépendantes et fiables, devraient-elles être plus largement distribuées à ces intervenants ainsi qu'aux médecins ?

Nos entrevues font ressortir plusieurs observations qui méritent d'être formulées comme hypothèses à tester dans un design de recherche plus avancé. En particulier, des médecins affirment sans ambiguïté se sentir « forcés » de prescrire un médicament parce que l'école exige une prescription ou parce que « d'autres ressources » n'existent pas. Des parents se demandent s'ils ont réellement le choix de ne pas médicamenter leur enfant, tant ils veulent éviter que l'école les harcèle. Des enseignants encouragent l'utilisation de stimulants parce qu'ils ne

réussissent pas à gérer les problèmes de comportement de leurs élèves. Il serait intéressant d'examiner plus profondément comment ces attitudes et perceptions des acteurs interrogés, si elles existent réellement à grande échelle, servent effectivement à renforcer la conception de l'hyperactivité comme « maladie », même si elles reposent sur des considérations éminemment sociales, économiques et politiques et bien éloignées de la détection ou du traitement d'anomalies cérébrales chez les enfants.

Un portrait global émerge de cette étude pilote, qui serait aussi à valider ultérieurement : celui d'un système dysfonctionnel qui maintient son équilibre parce que les acteurs évoluent dans un contexte culturel de médicalisation de l'hyperactivité. Cette dernière tendance permet d'occulter le fait que les acteurs n'agissent pas entièrement dans le but de servir les intérêts des enfants. Considérés à l'intérieur d'une matrice de relations complexes, parents, professeurs et surtout médecins apparaissent plus fragiles et vulnérables qu'on ne le penserait. Dans la mesure où la prescription de médicaments est censée répondre à des indications médicales, les résultats de cette recherche nous encouragent à explorer plus systématiquement comment la prescription de stimulants aux enfants « hyperactifs » répond à d'autres exigences.

RÉFÉRENCES

- ALATON, S., 1996, A pill for all reasons, *The Globe and Mail*, 9 novembre, pp. D1, D3.
- APA, 1989, *Treatments of Psychiatric Disorders*, Washington, D.C., APA.
- APA, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition*, Washington, D.C., APA.
- ARMSTRONG, L., 1993, *And They Call It Help: The Psychiatric Policing of America's Children*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley.
- BARKLEY, R. A., McMURRAY, M. B., EDELBROCK, C. S. et al, 1990, Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic placebo-controlled evaluation, *Pediatrics*, 86, 184-192.
- BIEDERMAN, J., WILENS, T., MICK, E. et al., 1995, Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity, *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- BOUCHARD, L., COHEN, D., 1995, Dirs., *Médicalisation et contrôle social*, Montréal, ACFAS/Les Cahiers scientifiques, n° 84.
- BREGGIN, P. R., BREGGIN, G. R., 1994, *The War Against Children*, New York, St. Martin's.

- BRISSETTE, Y., 1992, L'enfant hyperactif : Faisons-nous fausse route ? *Psychologie préventive*, 22, 9-16.
- BUCHANAN, J. M., 1972, *Theory of Public Choice: Political Applications in Economics*, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Press.
- CHECKLAND, P., 1981, *Systems Thinking, Systems Practice*, Toronto, John Wiley and Sons.
- CIBA-GEIGY, 1990, *Monographie de produit*, Division pharmaceutique, CIBA-Geigy Canada Ltée.
- COHEN, D., McCUBBIN, M., 1990, The political economy of tardive dyskinesia: Asymmetries in power and responsibility, *Journal of Mind and Behavior*, 11, 465-488.
- COLES, G., 1987, *The Learning Mystique: A Critical Look at Learning Disabilities*, New York, Pantheon Books.
- CONRAD, P., 1976, *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*, Toronto, Lexington Books.
- CONRAD, P., SCHNEIDER, J. W., 1980, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Toronto, Mosby Company.
- CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil.
- DILLER, L. H., 1996, The run on Ritalin: Attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s, *Hastings Center Report*, March-April, 12-18.
- DORÉ, C., 1995, *L'économie politique du traitement pharmacologique de l'hyperactivité*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- GITTELMAN-KLEIN, R., LANDA, B., MATTES, J., KLEIN, D., 1988, Methylphenidate and growth in hyperactive children, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1127-1130.
- GOLDEN, G. S., 1991, Role of attention deficit hyperactivity disorder in learning disabilities, *Seminars in Neurology*, 11, 35-41.
- KELLY, D. P., AYLWARD, G. P., 1992, Attention deficits in school-aged children and adolescents: Current issues and practice, *Pediatric Clinics of North America*, 39, 487-513.
- KIGER, G., 1985, Economic transformation and processing of hyperactive school children, *Mid-American Review of Sociology*, 10, 65-85.
- KOHN, A., 1989, Suffer the restless children, *The Atlantic Monthly*, novembre, pp. 90-99.
- KOLATA, G., 1996, Boom in Ritalin sales raises ethical issues, *The New York Times*, 15 mai, p. C6.
- LANDAU, S., MOORE, L. A., 1991, Social skills deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder, *School Psychology Review*, 20, 235-251.

- MCCUBBIN, M., COHEN, D., 1995, Extremely unbalanced: Interest divergence and power disparities between clients and psychiatry, *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 1-25.
- MCGUINNESS, D., 1989, Attention deficit disorder: The emperor's clothes, animal "pharm" and other fiction, in S. Fisher, R. Greenberg, Dirs., *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress*, pp. 151-187, Hillsdale, New Jersey, LEA.
- MERROW, J., 1995, Reading, writing, and Ritalin, *The New York Times*, 21 octobre, p. 21.
- MONTAGNE, M., 1992, The promotion of medications for personal and social problems, *Journal of Drug Issues*, 22, 389-405.
- NAU, J.-Y., 1995, Un médicament pour enfants « hyperactifs » suscite la controverse, *Le Monde*, 15 septembre, p. 11.
- PELHAM, W. E., 1987, What do we know about the use and effects of CNS stimulants in the treatment of A.D.D.?, in J. Loney, dir., *The Young Hyperactive Child*, pp. 99-110, New York, Haworth Press.
- SCOTT, W. R., 1985, Systems within systems: The mental health sector, *American Behavioral Scientist*, 28, 601-618.
- SIMEON, J. G., WIGGINS, D. M., 1993, The placebo problem in child and adolescent psychiatry, *Acta Paedopsychiatrica*, 56, 119-122.
- TREMBLAY, R., ROYER, E., 1992, *L'identification des élèves qui présentent des troubles du comportement et l'évaluation de leurs besoins*, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec.

ABSTRACT

The prescription of stimulants to "hyperactive" children: A pilot study of incentives and constraints on parents, teachers, and physicians

The scientific consensus on the use of stimulants to treat "hyperactive" or ADHD-diagnosed children amounts to recognizing a calming effect on children's disruptive behavior and better performance of repetitive tasks, both in the short-term. Long-term effects remain unknown. Still, in Québec, prescription of stimulants to children of welfare recipients nearly tripled between 1990 and 1994, reaching a prevalence of 11.9 %. Using a systemic model integrating three approaches (medicalization of deviance, political economy, and strategic analysis), we conceptualized the decision to prescribe as the result of interactions involving different actors holding unequal power and seeking to further their interests. We attempted to establish the defendability

of this model by means of in-depth interviews with five parents, four primary school teachers and three physicians in prolonged contact with a hyperactive child receiving stimulant medication. Data from the interviews reveal the omnipresence of the medical model in the hyperactivity treatment system, although teachers rather than physicians appear as the engine of this medicalization. According to parents and physicians, teachers identify and “diagnose” children, propose the use of medication to parents and, in some cases, the school requires that doctors write a prescription. Doctors admit that medical evaluation of referred children is often inadequate. For their part, teachers stress the growing difficulties of their task and the lack of psychosocial supports in the schools. Our respondents’ comments highlight the divergent interests of the actors involved as well as each actor’s own perception that he or she wishes to act differently but lacks any real choice other than opting for medication. These limited observations should be validated in further studies. They suggest that the current system functions irrationally and that we should not expect it to act in the best interests of children.