

ADHDOS : un instrument de mesure des croyances des enseignants à l'égard du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Caroline Couture, François Dupuis, Égide Royer and Pierre Potvin

Volume 25, Number 1, 2002

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1088322ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1088322ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

ADMEE-Canada - Université Laval

ISSN

0823-3993 (print)

2368-2000 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Couture, C., Dupuis, F., Royer, É. & Potvin, P. (2002). ADHDOS : un instrument de mesure des croyances des enseignants à l'égard du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. *Mesure et évaluation en éducation*, 25(1), 1–18. <https://doi.org/10.7202/1088322ar>

Article abstract

This article presents the results of a validation process of the French version of the “Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Orientation Scale” (ADHDOS), a tool used to establish the pattern of teachers’ beliefs about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Analyses show that although some of the eight categories of beliefs of the ADHDOS have acceptable validity and reliability scores, the eight distinct entities that Bilton (1996) had proposed were not supported. Some suggestions are made concerning using the actual version of ADHDOS as well as for building a new version of the scale.

ADHDOS : un instrument de mesure des croyances des enseignants à l'égard du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Caroline Couture

Université de Sherbrooke

François Dupuis

Université Laval

Égide Royer

Université Laval

Pierre Potvin

Université du Québec à Trois-Rivières

MOTS CLÉS : Hyperactivité, enseignants, croyances, TDAH, déficit d'attention

Cet article présente les qualités métrologiques de la version française du Attention Deficit Hyperactivity Disorder- Orientation Scale (ADHDOS), un instrument utilisé pour établir le profil des croyances des enseignants à l'égard du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Les analyses permettent de montrer que le ADHDOS possède des qualités métrologiques acceptables pour certaines des huit catégories de croyances, bien que ces dernières ne constituent pas toutes des entités distinctes comme le proposait Bilton (1996). Des suggestions sont faites quant à l'utilisation de la version actuelle du ADHDOS ainsi que pour l'élaboration d'une nouvelle version de l'instrument.

KEY WORDS : Hyperactivity, teachers, beliefs, ADHD, attention deficit

This article presents the results of a validation process of the French version of the "Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Orientation Scale" (ADHDOS), a tool used to establish the pattern of teachers' beliefs about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Analyses show that although some of the eight categories of beliefs of the ADHDOS have acceptable validity and reliability scores, the eight distinct entities that Bilton (1996) had proposed were not supported. Some suggestions are made concerning using the actual version of ADHDOS as well as for building a new version of the scale.

Note des auteurs : Cet article constitue une partie de la thèse de doctorat du premier auteur. Cette étude a été supportée en partie par les bourses de doctorat du FCAR et du CRSH ainsi que par le Fonds Imasco. Elle a aussi été supportée par la CSQ qui lui a apporté un appui financier et technique. Toute correspondance concernant cet article pourra être adressée à M^{me} Caroline Couture, Département d'éducation spécialisée - secteur psychoéducation, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, Québec, J1K 2R1. caroline.couture@usherbrooke.ca

Introduction

Dans la plupart des pays industrialisés, le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un phénomène qui suscite beaucoup d'intérêt depuis plusieurs années, autant dans les milieux populaires que dans le monde de l'éducation et dans les milieux scientifiques. D'ailleurs, des milliers d'articles scientifiques sont publiés chaque année sur le sujet. Si la plupart de ces études sont menées par des chercheurs du domaine médical, un nombre croissant d'acteurs du monde de l'éducation s'intéressent au phénomène et pour cause : selon la plupart des experts, environ 3 à 5 % des jeunes d'âge scolaire présentent les symptômes du TDAH (American Psychiatric Association, 1994 ; Barkley, 1998).

Bien que les experts s'entendent pour dire que les symptômes associés au TDAH se retrouvent dans une proportion semblable chez les enfants de toutes les cultures (Kewley, 1998 ; Reid & Maag, 1997), les actions prises pour aider les jeunes qui présentent ces symptômes sont, quant à elles, bien différentes d'un pays à l'autre (Couture, 2002). Ces différences importantes dans les actions privilégiées par les différents pays pour composer avec le phénomène du TDAH, notamment entre la Grande-Bretagne et l'Amérique du Nord, amènent à postuler que les personnes en charge d'établir les lignes de conduite dans les deux régions entretiennent des croyances différentes à l'égard du TDAH. Il est également possible que des différences notables existent dans les croyances de ceux qui sont amenés à intervenir quotidiennement auprès des jeunes avec un TDAH : leurs enseignants. Puisque plusieurs études ont démontré que les croyances des enseignants pouvaient influencer leurs pratiques auprès des élèves à qui ils enseignent (Ames, 1998 ; Fuchs, Fuchs & Phillips, 1994 ; Shaver, 1999), il nous apparaît important de concevoir une façon d'étudier celles qu'ils entretiennent à l'égard du TDAH.

Nous avons recensé les études ayant porté sur des objets proches des croyances des enseignants à l'égard du TDAH, par exemple les connaissances et les attitudes, mais nous en avons trouvé peu ayant ces concepts de façon systématique. En effet, parmi les recherches recensées (Bilton, 1996 ; Brook, Watemberg & Geva, 2000 ; DiBattista & Shepherd, 1993 ; Grynkewich, 1996 ; Jerome, Gordon & Hustler, 1994 ; Shaver, 1999 ; Sciutto, Terjesen & Bender Frank, 2000), une seule a proposé un système d'interprétation bien développé. Il s'agit de l'étude de Bilton (1996) portant sur les *orientations* des enseignants envers le TDAH. Les autres études qui se sont intéressées au TDAH selon le point de vue des enseignants se sont plutôt concentrées à leurs connaissances

sur la problématique. Il s'agit cependant d'un objet d'étude fort différent puisque, selon notre conceptualisation, les croyances se distinguent des connaissances par leurs composantes affective et comportementale. L'étude des croyances dépasse en effet la volonté de savoir si un enseignant connaît tel ou tel fait objectif; elle vise aussi à déterminer quel est leur niveau d'acceptation de telle ou telle proposition.

En plus de négliger la composante affective que peuvent engendrer les connaissances, les études sur les connaissances des enseignants sur le TDAH suscitent une insatisfaction supplémentaire puisqu'elles utilisent toutes un questionnaire de type «vrai ou faux» pour étudier ce concept. Ce type de questionnaire a l'inconvénient de tenir pour acquis que certaines données sont toujours vraies ou toujours fausses. Nous considérons que les connaissances scientifiques sur le TDAH sont encore trop peu développées et que le diagnostic de ce trouble repose sur des bases trop subjectives pour qu'il soit possible de certifier la véracité de certaines affirmations utilisées dans ces questionnaires, lorsqu'on se réfère au concept de TDAH dans son ensemble. Par exemple, ce qui est vrai pour un jeune présentant un TDAH de type inattention prédominante ne le sera peut-être pas concernant un de ses pairs avec un TDAH de type hyperactivité/impulsivité prédominante.

Tel que nous l'avons mentionné plus haut, la seule recherche qui, selon nous, a étudié le point de vue des enseignants sur le TDAH sous un angle qui nous paraissait se rapprocher de celui des croyances sur ce sujet est celle de Bilton (1996). À la suite d'une revue de documentation exhaustive et à des entrevues avec des intervenants des domaines médical et de l'éducation, cette recherche a en effet établi une typologie de huit orientations que différents acteurs peuvent privilégier vis-à-vis le TDAH. Par orientation, Bilton fait référence à une opinion, une perspective ou un jugement usuel ou privilégié par un individu en lien avec un objet ou une idée (Bilton, 1996). Toujours selon cette auteure, il s'agit d'un concept large qui regroupe à la fois des valeurs, des attitudes et des croyances envers un objet. En permettant une classification des diverses croyances, attitudes et valeurs que les gens peuvent avoir sur le TDAH, l'utilisation de cette typologie facilite les comparaisons entre différentes catégories de répondants. Selon Cooper et Ideus (1996), il est primordial que les personnes intéressées par la problématique soient conscientes de leurs orientations vis-à-vis le TDAH et qu'elles prennent en considération les influences que ces dernières peuvent avoir sur leur pratique. Par ailleurs, Cooper (1997) estime qu'alors que dans leur forme extrême les orientations

peuvent représenter des arguments pour ou contre la reconnaissance de la condition, dans leur forme plus modérée, elles peuvent entraîner des différences dans le type d'intervention et les cibles d'intervention privilégiées.

Avant de présenter une brève description des huit orientations de la typologie de Bilton, précisons que celles-ci ne sont pas des entités mutuellement exclusives. De fait, Bilton estime que les croyances, valeurs et attitudes (les constituantes des orientations) des individus recourent habituellement plusieurs orientations. Voici une brève description des huit orientations telles que les présente Bilton (1996).

- *Morale-éthique.* C'est l'idée voulant que les comportements associés avec le TDAH soient des comportements s'appuyant sur un déficit moral et l'intentionnalité. Les interventions privilégiées seront de type punitif plutôt que des solutions médicales ou psychosociales.
- *Médicale allopathique.* C'est l'idée selon laquelle le TDAH est un problème d'ordre biologique, hors du contrôle conscient de l'individu qui, par ailleurs, développe fréquemment des complications secondaires de type psychosocial. Les interventions de type médical et psychosocial, telle la médication accompagnée de thérapie et d'une discipline ferme, sont privilégiées.
- *Socioculturelle.* C'est une position qui interprète le TDAH comme un construit social et qui estime que les difficultés associées ne sont pas localisées chez les individus mais qu'elles sont imbriquées dans certains aspects problématiques du contexte socioculturel dans lequel vit l'individu. C'est dans cette orientation qu'on retrouvera les interprétations voulant que le TDAH soit causé par des réponses parentales ou scolaires inadéquates. Les interventions privilégiées sont donc de type social (famille, école et environnement).
- *Politique-idéologique.* C'est l'idée selon laquelle le TDAH a une fonction de contrôle social. Ainsi, l'étiquette de TDAH est utilisée pour contrôler et marginaliser certains individus en rendant pathologiques des comportements qui sont plutôt des réponses légitimes à des circonstances intolérables. On favorise ici des interventions de type politique où la société devrait être changée afin de laisser place au caractère unique des individus plutôt que de les stigmatiser avec des étiquettes issues de la psychiatrie.

- *Pragmatique.* C'est la façon d'envisager le TDAH comme étant un descripteur directement associé avec des interventions qui ont du succès pour enrayer les problèmes qui y sont reliés. Elle n'est pas prioritairement intéressée à l'analyse des causes, mais aux actions directes et immédiates pour assister les personnes qui en souffrent. Une approche d'intervention éclectique est privilégiée puisqu'on recherche les résultats plutôt qu'une meilleure compréhension.
- *Médicale alternative.* C'est une orientation qui explique le TDAH par des influences environnementales toxiques, par exemple des diètes déficientes et des allergies, ou par des causes biologiques qui ne sont pas prouvées empiriquement par la médecine traditionnelle. Elle privilégie des traitements ésotériques provenant de divers courants folkloriques, exotiques ou quasi médicaux.
- *Styles cognitifs.* Cette orientation met l'emphase sur la possibilité que le TDAH, bien qu'il décrive des différences réelles entre les humains, ne soit pas un trouble mais plutôt un ensemble de caractéristiques intellectuelles et affectives qui sont sous-évaluées par la société, tels la créativité, le non-conformisme et un style d'apprentissage concret. Puisque le TDAH est ainsi considéré comme une différence normale, on ne propose pas d'autres traitements que la compréhension, l'adaptation et même l'affirmation.
- *Systématique-éclectique.* Cette position veut combiner et synthétiser d'une façon cohérente plusieurs des autres orientations relevées. Elle insiste sur la nature complexe du TDAH et l'envisage comme un phénomène qui combine des aspects aussi bien innés qu'acquis et jouant des rôles inter-reliés. Cette position découle de la théorie écosystémique. Elle favorise les approches multimodales qui mettent l'accent sur la collaboration interdisciplinaire. Elle critique toute approche qui tend à donner trop d'importance au modèle médical au détriment de variables sociales et culturelles importantes.

En lien direct avec sa typologie, Bilton a élaboré un questionnaire permettant d'évaluer les orientations des individus vis-à-vis le TDAH. Cependant, malgré la définition large que Bilton donne au terme «orientation», notre analyse nous amène à constater que ce questionnaire ne contient pas d'énoncé faisant vraiment référence à des attitudes ou à des valeurs envers le TDAH, deux concepts qui impliquent un jugement de valeur envers la problématique. Selon nous, le questionnaire de Bilton évalue plutôt les croyances des individus à l'égard des différentes dimensions de la problématique puisqu'il

ne demande pas au répondant de faire de tels jugements, mais plutôt de donner son degré d'accord avec différents énoncés portant sur la nature du TDAH, son étiologie et les traitements possibles.

Nous avons donc décidé d'utiliser le questionnaire de Bilton, après lui avoir apporté certaines modifications que nous décrivons plus loin et l'avoir traduit en français, pour étudier les croyances des enseignants québécois en lien avec le TDAH. Dans notre étude, les huit orientations de Bilton ont été utilisées comme huit catégories dans lesquelles nous classons les croyances des enseignants. Nous estimons que les résultats obtenus avec ce questionnaire nous permettront de tracer un profil des croyances des enseignants en mesurant la force de l'adhésion des enseignants aux croyances associées à chacune des catégories. Il s'agit ici d'une toute nouvelle approche dans l'étude des croyances des personnes à l'égard de la controversée question du TDAH. Comme première étape dans l'exploration systématique des croyances des enseignants à l'égard du TDAH, cet article présente les résultats d'une étude visant à établir les qualités métrologiques de la version française modifiée du ADHDOS administrée à des enseignants québécois du primaire.

Méthode

Élaboration du questionnaire

Le ADHDOS a d'abord été élaboré sous une version préliminaire en langue anglaise par Bilton (1996). Cette dernière l'a ensuite utilisé auprès d'enseignants et de médecins en Angleterre afin de faire ressortir des différences possibles dans les orientations des membres des deux professions face au TDAH. À la lecture du rapport de recherche publié à la suite de cette expérimentation, nous avons relevé quelques difficultés associées à cette première version du questionnaire et nous avons voulu lui apporter quelques modifications pour le rendre plus facile d'utilisation et pour faciliter les analyses qui en découleraient. Une des difficultés que nous avons relevée dans la première version du questionnaire consiste en l'impossibilité de lier chacun des énoncés à une seule catégorie de croyances, rendant ainsi impossible le regroupement d'énoncés pour évaluer la force des croyances des individus dans chacune des catégories. Le seul type d'analyse possible à l'aide de cette version était la comparaison des réponses données par deux groupes de répondants différents à chacune des questions, afin de voir si leur croyance sur cet item précis différait. Puisque nous estimions qu'il serait plus intéressant de

regrouper un certain nombre d'items pour chaque catégorie et ainsi pouvoir attribuer à chaque individu un score dans chacune d'entre elles, nous avons décidé de modifier certains items, d'en éliminer quelques-uns et d'en ajouter d'autres, afin que chacun des items soit associé à une seule catégorie de croyances. À travers ce processus, nous avons également veillé à diminuer le nombre d'items de 48 à 32 afin de réduire le temps nécessaire pour répondre au questionnaire. Nous sommes cependant restés le plus près possible des libellés originaux des questions afin de préserver l'idéologie que Bilton a adoptée en construisant le questionnaire.

Puisque cette première phase de travail s'est déroulée en Angleterre, une validation de contenu de cette nouvelle version fut effectuée auprès de dix experts britanniques, australiens et américains du domaine du TDAH et de 46 professionnels britanniques du monde de l'éducation, à qui nous avons demandé de répondre au questionnaire et de nous donner des commentaires autant sur son contenu que sur sa forme. Nous avons ensuite rédigé une version française de ce questionnaire et avons procédé au même type de validation auprès de 13 experts sur le TDAH et de 34 professionnels québécois du monde de l'éducation. Les commentaires et suggestions des experts et des professionnels anglophones et francophones furent ensuite pris en considération dans l'élaboration des versions finales anglophone et francophone du questionnaire. Cependant, avant d'utiliser le questionnaire, nous avons procédé à une retraduction de la version française en langue anglaise, afin de nous assurer que les deux versions du questionnaire étaient équivalentes. Cette traduction, du français vers l'anglais, a été assurée par une personne complètement bilingue œuvrant dans le milieu de l'éducation. La version anglaise ainsi obtenue a été comparée à la version anglaise d'origine et, à la suite de cette opération, quelques modifications mineures furent apportées au questionnaire francophone. Ce sont les qualités métrologiques de cette dernière version qui sont présentés dans cet article.

Instrument

La version révisée du questionnaire ADHDOS comporte deux sections. La première section comprend 20 questions qui permettent d'établir le profil des répondants, leur formation, leurs expériences d'enseignement, la formation reçue sur le TDAH, leur expérience avec des enfants ayant un TDAH et leur opinion sur l'utilité de recevoir une formation supplémentaire sur le TDAH.

La seconde section est composée de 34 items dont 32 sont directement liés aux huit catégories de croyances présentées plus haut, à raison de quatre items par catégorie. Bien que le fait d'utiliser seulement quatre items pour mesurer un concept rende cette mesure plus sujette aux fluctuations individuelles des répondants et moins stable dans le temps, nous nous sommes arrêtés à ce nombre d'items pour limiter la longueur du questionnaire, étant donné le grand nombre de catégories à mesurer. Les deux autres questions de la section portent l'une sur les perspectives pertinentes selon le répondant pour expliquer le TDAH et l'autre sur leur opinion quant à la fréquence d'utilisation de la médication auprès des élèves des écoles primaires et secondaires présentant un TDAH.

Les 32 items qui sont associés aux catégories de croyances sont formulées sous forme d'affirmations auxquelles les répondants déterminent leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert de quatre niveaux : 1) totalement en accord ; 2) plutôt en accord ; 3) plutôt en désaccord ; 4) totalement en désaccord. Six des 32 items sont formulés à l'inverse des autres items. Les résultats de ces items doivent donc être inversés au moment de calculer les scores des catégories. Les items, regroupés par catégories, sont présentés au tableau 1.

Les scores totaux de chacune des catégories sont obtenus en additionnant les réponses à chacun des items faisant partie de la catégorie. Le minimum pour chaque catégorie est donc de 4 et le maximum de 16. Pour remédier aux difficultés d'interprétation provoquées par les valeurs accordées à chacun des choix de réponse, nous avons inversé les valeurs afin qu'un score élevé dans une catégorie signifie une forte adhésion à la croyance correspondante. Notons finalement que les résultats qui sont exposés dans ce texte ont porté uniquement sur les 32 items liés aux huit catégories de croyances.

Tableau 1

Items du questionnaire original dans chacune des catégories de croyances

<i>Catégorie de croyances</i>	<i>N^o</i>	<i>Question</i>
Morale-éthique	3	Le TDA/H reflète une faiblesse de caractère ou un manque de contrôle de soi.
	10	Plus de discipline, <i>i.e</i> un environnement plus strict, est probablement le meilleur traitement pour le TDAH.
	16	Le diagnostic du TDAH décrit surtout des problèmes de moralité individuelle.
	25	Les individus à qui on attribue un TDAH sont en fait des personnes qui manquent de discipline et de force de caractère.
Médicale allopathique	11	Le TDAH est un problème médical requérant un traitement médical.
	17	La meilleure approche pour comprendre le TDAH devrait être basée sur la recherche scientifique, particulièrement dans les domaines de la neuropsychologie et des disciplines connexes.
	27	Nous devrions nous fier à la science, à travers la recherche médicale et la pratique clinique, pour forger notre compréhension et le traitement du TDAH.
	32	Le TDAH est une condition médicale sérieuse.
Socioculturelle	2	Le TDAH est un problème causé par l'organisation et les pratiques du monde scolaire.
	8	Changer le fonctionnement des écoles ou améliorer les pratiques d'enseignement pourrait réduire l'incidence du TDAH.
	20	Ce qu'on appelle «TDAH» est souvent une réponse aux conditions sociales et aux exigences de la famille et du milieu scolaire.
	29	Changer les conditions sociales et les exigences à l'intérieur de la famille et du milieu scolaire pourrait peut-être réduire l'incidence du TDAH.
Politique-idéologique	7	Le diagnostic du TDAH transforme arbitrairement des différences humaines réelles en un trouble, par la façon dont il les définit et les étiquette.
	15	La priorité devrait être de changer la société afin de faire une place aux personnes qui affichent les caractéristiques du TDAH.
	23	La priorité devrait être de traiter les individus démontrant des signes de TDAH de façon à ce qu'ils s'intègrent bien à la société.
	33	Le concept de TDAH a été inventé pour exclure des individus affichant des caractéristiques qui ne sont pas valorisées par certaines sociétés ou à l'intérieur de certaines situations sociales.
Pragmatique	4	Pour les chercheurs et les cliniciens, la priorité devrait être accordée à l'analyse des causes du TDAH.
	14	Nous devrions attendre de savoir précisément ce qui cause le TDAH avant de mettre sur pied ou d'appliquer des traitements et des stratégies pour le traiter.

- 21 Pour les chercheurs et les cliniciens, l'emphase devrait être placée sur le développement de stratégies efficaces et pratiques, pouvant être appliquées dans les conditions actuelles, afin de traiter le TDAH.
- 26 Il est important de s'assurer que les connaissances théoriques sont justes avant de d'adopter des pratiques qui pourraient faire plus de mal que de bien.
-
- Médicale alternative
- 6 Le TDAH est vraiment comme une allergie puisque le diagnostic décrit des individus qui sont hypersensibles à certains stressors extérieurs.
- 12 Les problèmes causés directement par le TDAH diminueront en conséquence directe d'un meilleur régime alimentaire et de l'exercice physique.
- 22 Le TDAH est une réponse aux irritants et aux toxines présents dans l'environnement et dans certains aliments (ex. : le plomb, le bruit et la pollution).
- 31 C'est par des procédés naturels que le TDAH est le plus efficacement traité. Par exemple, par une modification de la diète, une exposition limitée aux toxines, des vitamines, du yoga, de l'exercice physique ou d'autres traitements non médicaux.
-
- Styles cognitifs
- 5 Ce qu'on désigne par TDAH n'est pas une pathologie, mais plutôt une façon d'envisager le monde différente de celle de la plupart des gens.
- 9 Le TDAH évoque plus que des différences dans la façon dont les individus envisagent le monde. C'est un trouble réel qui devrait être corrigé en utilisant les moyens appropriés.
- 18 Un enjeu majeur concernant les personnes avec un TDAH est que la société ne valorise pas leurs différences de tempérament et de personnalité.
- 28 Les différences individuelles associées au TDAH ne devraient pas être considérées comme un «trouble» car elles représentent tout simplement un tempérament ou un style cognitif différents ou une personnalité hautement créative.
-
- Systématique-éclectique
- 13 Dans chaque cas de TDAH, une seule approche (biologique, psychologique, sociologique ou culturelle) pourrait suffire pour conceptualiser le problème.
- 19 Le TDAH doit être compris de façon systématique, en faisant appel à toutes les perspectives majeures (médecine, psychologie, sociologie, éducation, anthropologie, etc.) qui permettent de l'expliquer.
- 24 Nous devrions être prudents dans la façon d'utiliser les résultats de la recherche scientifique pour forger notre compréhension du TDAH si cette recherche exclut les approches morales, sociales et culturelles.
- 30 Une approche qui néglige d'inclure toutes les perspectives entourant le TDAH (biologique, psychologique, sociologique et culturelle) est déficiente.
-

Participants

La version finale francophone du ADHDOS fut envoyée par la poste à 1 000 enseignants québécois en avril 2001. La sélection de l'échantillon québécois s'est fait aléatoirement parmi tous les 30 483 enseignants du primaire membres de la Centrale des Syndicats du Québec (CSQ), une centrale syndicale regroupant la plupart des enseignants de la province de Québec. Nous avons reçu 340 questionnaires francophones dans les enveloppes-réponses préaffranchies prévues à cet effet, soit un taux de réponse de 34%. Nous considérons qu'il s'agit d'un taux de réponse acceptable étant donné que, pour une question de confidentialité, il nous était impossible de relancer nos participants. Parmi les 340 questionnaires retournés, 295 étaient complets. Afin de récupérer un maximum de sujets pour les analyses statistiques, nous avons utilisé, pour les données manquantes, le procédé d'imputation de valeurs plausibles du logiciel LISREL. Il s'agit d'une méthode conservatrice d'imputation de données car le logiciel impute une donnée seulement s'il peut trouver un autre sujet ayant un profil de réponse «semblable» à celui du sujet ayant une donnée manquante. S'il en trouve un, il remplace cette dernière par la donnée du sujet «semblable». S'il ne trouve pas de sujet «semblable», le logiciel laisse la donnée manquante (Jöreskog & Sörbom, 1996). Après l'application de ce procédé, 323 questionnaires ne possédaient plus de données manquantes et pouvaient donc être utilisés dans nos analyses; les autres ont été abandonnés. Bien qu'une donnée erronée puisse être attribuée à un certain nombre de sujets, à travers ce procédé, nous estimons que cette situation est préférable à l'abandon des sujets, puisque la procédure nous a permis de récupérer 28 sujets qui avaient tout de même répondu à 31 des 32 items. Autrement, toutes les données de ces sujets auraient été complètement perdues.

Le tableau 2 présente une description des répondants. La proportion de femmes et d'hommes parmi les répondants est équivalente à la proportion existant dans la population des enseignants du primaire duquel notre échantillon fut tiré (Femme = 85%). On constate également que plus de 75% des répondants ont plus de neuf ans d'expérience dans l'enseignement. Tel que prévu, la grande majorité des répondants enseignent au primaire. Les trois cas de répondants enseignant au secondaire ont probablement subi un changement d'affectation dans les dernières années, puisqu'ils étaient inscrits sur les listes du primaire de la CSQ. Nous avons donc pris la décision de les conserver dans les analyses. Les répondants exercent leur profession dans une classe ordinaire à 96%. Finalement, 42,8% des répondants avaient reçu au moins une brève

formation sur le TDAH au cours de leurs études préparatoires à l'enseignement, alors que 38% disent avoir reçu une telle formation après avoir commencé à enseigner. Une proportion de 37,8% de l'échantillon affirment n'avoir jamais reçu quelque formation sur le TDAH. Précisons que les connaissances sur le TDAH ne sont pas nécessaires pour pouvoir bien répondre au ADHDOS, puisque ce sont les croyances des répondants qu'on mesure avec cet instrument et non les connaissances. La formation des personnes y répondant n'est donc pas un enjeu dans le processus de validation du questionnaire qui doit pouvoir être rempli par des personnes ayant peu de connaissances sur le TDAH.

Tableau 2
Description des répondants

<i>Caractéristiques</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Sexe		
M	43	13,3
F	279	86,4
Années d'expérience		
1 – 2	7	2,2
3 – 8	70	21,7
9 – 15	68	21,1
16 – 25	74	23,0
26 et +	103	32,0
Ordre d'enseignement		
Préscolaire	36	11,2
Primaire	281	87,3
Secondaire	3	0,9
Prim. et sec.	2	0,6
Type de classe		
Ordinaire	309	96,0
Spéciale dans école Ordinaire	6	1,9
École spéciale	1	0,3
Orthopédagogue	3	0,9
Autre	3	0,9
Formation sur le TDAH		
Initiale	137	42,8
Continue	122	37,8
Aucune	122	37,8

Résultats et discussion

Afin de vérifier si la distribution *a priori* des items dans les différentes catégories de croyances était correcte, nous avons procédé à une analyse d'items issue de la théorie classique des tests. Ainsi, dans un premier temps, nous avons procédé à l'analyse des corrélations item-total corrigées et ensuite, au calcul des alpha de Cronbach sur chacune des catégories de croyances du ADHDOS. Rappelons, avant de présenter les résultats de ces analyses (tableau 3), que chacune des catégories est composée de seulement quatre items. Cette réalité fait en sorte que des coefficients alpha moins forts peuvent être considérés acceptables. C'est d'ailleurs le cas des coefficients alpha des quatre catégories suivantes, *morale-éthique*, *médicale allopathique*, *socioculturelle* et *styles cognitifs*, qui se situent au-delà de 0,60. Pour ces quatre catégories, toutes les corrélations item-total sont par ailleurs plus grandes que 0,20, se situant entre 0,29 et 0,55. Les autres catégories obtiennent, quant à elles, des coefficients alpha plus faibles, variant de 0,35 pour la catégorie *pragmatique*, à 0,57 pour la catégorie *médicale alternative*.

Tableau 3

Analyse d'items des orientations envers le TDAH - première étape

<i>Catégories de croyances</i>	<i>Co. Alpha</i>	<i>Corrélations item - total</i>			
Morale-éthique	0,66	Q3	Q10	Q16	Q25
		0,46	0,41	0,35	0,55
Pragmatique	0,35	Q4	Q14	Q21	Q26
		0,19	0,39	-0,09	0,27
Médicale allopathique	0,65	Q11	Q17	Q27	Q32
		0,46	0,37	0,50	0,39
Politique	0,44	Q7	Q15	Q23	Q33
		0,29	0,23	0,13	0,34
Médicale alternative	0,57	Q6	Q12	Q22	Q31
		0,19	0,35	0,46	0,45
Socioculturelle	0,68	Q2	Q8	Q20	Q29
		0,44	0,51	0,44	0,48
Styles cognitifs	0,63	Q5	Q9	Q18	Q28
		0,47	0,29	0,41	0,48
Systématique-éclectique	0,50	Q13	Q19	Q24	Q30
		0,24	0,30	0,23	0,41

Nous nous sommes ensuite appliqués à réviser le contenu des items qui semblaient problématiques lors des étapes précédentes du processus de validation. Cette étape de l'analyse nous amène à émettre quelques recommandations qui devraient être prises en compte lors des prochaines phases du travail visant à améliorer la version actuelle du ADHDOS. Nous considérons, par ailleurs, que l'instrument peut être utilisé dans sa version actuelle dans la mesure où les suggestions émises seront considérées dans l'analyse des résultats obtenus.

Tout d'abord, étant donnés les résultats obtenus pour le facteur *morale-éthique* lors des étapes d'analyse, nous suggérons que les items qui y sont rattachés soient analysés tels quels et qu'ils ne soient pas modifiés dans les versions futures de l'instrument. Pour le facteur *médicale alternative*, nous suggérons que l'item 6, qui obtient une faible corrélation item-total, soit retiré lors de l'analyse des résultats obtenus avec la version actuelle du ADHDOS. Le retrait de cet item fait d'ailleurs grimper le coefficient alpha de cette catégorie de 0,57 à 0,64 (tableau 4). Dans une version ultérieure du questionnaire, le libellé de cette question aurait avantage à être reformulé de façon à provoquer moins de confusion chez les répondants.

Lors d'analyses qui utiliseraient la version actuelle du ADHDOS, nous suggérons que tous les items mesurant le facteur *médicale allopathique* soient conservés tels quels. Cependant, lors d'un processus de création d'une nouvelle version du questionnaire, il serait sage de réviser le libellé de l'item 17 et de le rendre plus accessible pour des personnes n'ayant pas une grande connaissance du monde médical.

Nous suggérons un processus semblable pour les items du facteur *socioculturelle*. En effet, l'analyse des coefficients de corrélations item-total et du coefficient alpha nous laissent confiants qu'il s'agit bien d'un facteur que le ADHDOS est capable de mesurer. La révision des libellés de chacune des questions vient par ailleurs appuyer notre décision en indiquant qu'il existe un lien conceptuel fort entre chacun des items de cette catégorie et que les éléments que ceux-ci mesurent ne se retrouvent dans aucune autre catégorie.

Ensuite, nous constatons que les items rattachés au facteur *politique* mesurent un concept trop semblable à ceux rattachés au facteur des *styles cognitifs*. En effet, ces huit items sont presque tous formulés de façon à définir le TDAH comme une non-reconnaissance ou une non-valorisation des différences légitimes de l'enfant par le monde extérieur. À la lumière de ce constat, nous suggérons que les items 5, 18 et 28, rattachés au facteur des *styles*

cognitifs, et les items 7 et 33, rattachés au facteur *politique*, soient regroupés ensemble lors de l'analyse des résultats obtenus à partir de la version actuelle du ADHDOS. On obtient ainsi une catégorie affichant un coefficient alpha de 0,69 et des corrélations item-total allant de 0,39 à 0,51 (tableau 4). Pour ce qui est du développement d'une nouvelle version du questionnaire, nous suggérons que les items soient retravaillés de façon à ce qu'une nouvelle catégorie de croyance soit formée regroupant les idées de ces deux catégories, en axant principalement ses énoncés sur la croyance que la société ne reconnaît pas et ne valorise pas les différences légitimes des enfants qu'on étiquette avec un TDAH.

Tableau 4
Analyse d'items des orientations envers le TDAH - deuxième étape

<i>Catégories de croyances</i>	<i>Co. Alpha</i>	<i>Corrélations item - total</i>				
Politique - Styles cognitifs	0,69	Q5	Q7	Q18	Q28	Q33
		0,49	0,40	0,44	0,51	0,39
Médicale alternative	0,64	Q6	Q12	Q22	Q31	
		*	0,41	0,42	0,52	

* Item que nous suggérons d'éliminer lors d'analyses utilisant les résultats du ADHDOS.

Finalement, à la lumière des résultats obtenus à toutes les étapes de validation du questionnaire, nous suggérons que les items en lien avec les facteurs *systématique-écléctique* et *pragmatique* soient retirés lors de la construction de versions ultérieures du ADHDOS. En plus des résultats obtenus sur les analyses quantitatives, la lecture des libellés des items associés au facteur *pragmatique* nous confirme que le concept désigné par cette catégorie n'est pas assez clairement défini. Si cette catégorie de croyances devait être retenue dans les travaux futurs sur le sujet, nous suggérons que l'ensemble des items soit revu à la lumière d'une redéfinition de celle-ci. Pour ce qui est du facteur *systématique-écléctique*, nous estimons qu'il serait mieux mesuré par une analyse des variations dans l'adhésion des gens aux autres catégories qu'en lui adressant des items précis. Puisque cette catégorie de croyances renvoie à l'importance de prendre en compte les croyances de toutes les catégories si on veut obtenir une compréhension juste du concept de TDAH, une adhésion élevée à toutes les autres catégories de croyances pourrait signifier une forte adhésion à la catégorie *systématique-écléctique* alors qu'une adhésion élevée à certaines catégories mais faible à d'autres signifierait plutôt

une faible adhésion à la catégorie *systématique-éclectique*. Toutes les recommandations précédentes sont groupées dans le tableau 5 où figurent les items conservés, leur corrélation item-total ainsi que l'incidence des items sur le coefficient alpha de leur facteur.

Tableau 5
Propriétés de l'instrument final

<i>Catégories de croyances</i>	<i>Co. Alpha</i>		<i>Corrélations item - total</i>	<i>Co. Alpha sans l'item</i>
Morale-éthique	0,66	Q3	0,46	0,58
		Q10	0,41	0,61
		Q16	0,35	0,64
		Q25	0,55	0,51
Médicale allopathique	0,65	Q11	0,46	0,56
		Q17	0,37	0,62
		Q27	0,50	0,53
		Q32	0,39	0,61
Politique/Styles cognitifs	0,69	Q5	0,49	0,62
		Q7	0,40	0,66
		Q18	0,44	0,64
		Q28	0,51	0,61
		Q33	0,39	0,66
Médicale alternative	0,64	Q12	0,41	0,60
		Q22	0,42	0,57
		Q31	0,52	0,44
Socioculturelle	0,68	Q2	0,44	0,64
		Q8	0,51	0,59
		Q20	0,44	0,63
		Q29	0,48	0,61

Conclusion

La procédure de validation exposée dans ce texte visait à établir les qualités métrologiques du ADHDOS, un questionnaire élaboré dans le but d'établir le profil des croyances des enseignants à l'égard du TDAH. Les résultats obtenus attestent de l'existence de catégories de croyances variées vis-à-vis le TDAH et indiquent que le ADHDOS est capable d'en mesurer plusieurs. Cependant,

le questionnaire ne permet pas de soutenir l'existence des huit catégories, telles que les avait formulées Bilton (1996). Une hypothèse pour expliquer cette situation pourrait être que ces catégories ne regroupent pas vraiment des croyances distinctes dans la population. En d'autres mots, ces catégories sont peut-être trop près les unes des autres pour être mesurées de façon distincte. Une deuxième hypothèse possible serait que les énoncés retenus dans le questionnaire ne soient pas assez clairs et précis pour mesurer le concept considéré par Bilton dans sa typologie de huit « orientations ». Une dernière hypothèse serait que les résultats soient attribuables aux réalités culturelles des enseignants québécois. Il n'est effectivement pas impossible que des enseignants issus de cultures différentes ou des personnes issus d'un autre milieu que celui de l'éducation puissent réagir autrement aux items proposés dans le questionnaire. Des travaux ultérieurs utilisant le ADHDOS pourront nous renseigner d'avantage sur ces questions.

La démarche d'évaluation proposée dans ce texte présente quelques limites. Tout d'abord, la taille de l'échantillon (323 enseignants) sur lequel les analyses ont été faites est petit en comparaison de l'ensemble des enseignants du primaire au Québec. Par ailleurs, puisque le taux de retour des questionnaires était de 34%, il est possible que les enseignants qui n'ont pas retourné leur questionnaire possèdent des caractéristiques dissemblables à ceux l'ayant retourné et que leur patron de réponses aurait été différent.

Bien que le processus de validation du ADHDOS devra être poursuivi lors de ses prochaines utilisations et que plusieurs modifications devront lui être apportées, ces résultats constituent une première étape importante dans la reconnaissance de l'existence de différentes catégories de croyances envers le TDAH. Ces résultats ouvrent en effet un tout nouveau champ d'étude, soit celui des croyances entretenues par les enseignants à l'égard du TDAH. Lorsqu'on examine les différences importantes qui existent entre les pays, et même à l'intérieur d'un même pays (MEQ, 2000), quant au traitement destinés à aider les jeunes qui ont un TDAH, il nous semble que l'étude des croyances que les gens entretiennent envers la problématique soit tout à fait à propos. Ainsi, en plus du raffinement de l'instrument, les travaux à venir pourront viser à décrire les catégories de croyances privilégiées par les enseignants québécois et, éventuellement, mettre en relation ces croyances avec les interventions privilégiées par les enseignants lorsqu'ils interagissent avec des jeunes présentant un TDAH.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ames, C. K. (1998). What is learning disability? A study of special education teacher beliefs. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59, 1522.
- Barkley, R.A. (éd.) (1998). *ADHD: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Bilton, K. (1996). *Teachers' orientations to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A survey of teachers' and physicians' attitudes towards ADHD in the UK*. Unpublished dissertation, University of Oxford, United Kingdom.
- Brook, U., Watemberg, N. & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and Counseling*, 40, 247-252.
- Cooper, P. (1997). Biology, behaviour and education: ADHD and the bio-psycho-social perspective. *Educational and Child Psychology*, 14, 31-38.
- Cooper, P. & Ideus, K. (1996). *Attention deficit/hyperactivity disorder in the UK: A practical guide for teachers*. Cambridge: University of Cambridge.
- Couture, C. (2002). *Croyances d'enseignants québécois et britanniques de niveau primaire sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*. Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, Canada.
- DiBattista, D. & Shepherd, M.-L. (1993). Primary school teachers beliefs and advice to parents concerning sugar consumption and activity in children. *Psychological Reports*, 72, 47-55.
- Fuchs, L.S., Fuchs, D. & Phillips, P. (1994). The relation between teachers' beliefs about the importance of good student work habits, teacher planning, and student achievement. *The Elementary School Journal*, 94, 331-345.
- Grynkewich, M.A.U. (1996). Elementary and secondary preservice educators' attitudes and knowledge about attention deficit/hyperactivity disorder. *Dissertation Abstracts International*, 57 (9A), 3889.
- Jerome, L., Gordon, M. & Hustler, P. (1994). A comparison of american and canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1996). *Prelis 2: User's Reference Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kewley, G. D. (1998). Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. *British Medical Journal*, 316, 1594-1596.
- Ministère de l'Éducation (MEQ) (2000). Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. Québec: Ministère de l'Éducation
- Reid, R. & Maag, J.W. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder: Over here and over there. *Educational and Child Psychology*, 14, 10-20.
- Sciutto, M.J., Terjesen, M.D. & Bender Frank, A.S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115-122.
- Shaver, S.M. (1999). The relationship among teaching practices, attitudes about ADHD and medical and special education referral by teachers. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59, 2854.