



HAL
open science

Connaissances et représentations mentales des soignants et des enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux TDAH et TSA

Fanny Bermond

► **To cite this version:**

Fanny Bermond. Connaissances et représentations mentales des soignants et des enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux TDAH et TSA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02510969

HAL Id: dumas-02510969

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02510969>

Submitted on 18 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Connaissances et représentations mentales des soignants et des
enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux TDAH et TSA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 8 Novembre 2019

Par Madame Fanny BERMOND

Née le 13 octobre 1990 à Nice (06)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Assesseur

Madame le Docteur GOURIOU Estelle

Assesseur

**Connaissances et représentations mentales des soignants et des
enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux TDAH et TSA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 8 Novembre 2019

Par Madame Fanny BERMOND

Née le 13 octobre 1990 à Nice (06)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Assesseur

Madame le Docteur GOURIOU Estelle

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

| | | | |
|----|------------------------|----|---------------------------|
| MM | AGOSTINI Serge | MM | FAVRE Roger |
| | ALDIGHIERI René | | FIECHI Marius |
| | ALESSANDRINI Pierre | | FARNARIER Georges |
| | ALLIEZ Bernard | | FIGARELLA Jacques |
| | AQUARON Robert | | FONTES Michel |
| | ARGEME Maxime | | FRANCOIS Georges |
| | ASSADOURIAN Robert | | FUENTES Pierre |
| | AUFFRAY Jean-Pierre | | GABRIEL Bernard |
| | AUTILLO-TOUATI Amapola | | GALINIER Louis |
| | AZORIN Jean-Michel | | GALLAIS Hervé |
| | BAILLE Yves | | GAMERRE Marc |
| | BARDOT Jacques | | GARCIN Michel |
| | BARDOT André | | GARNIER Jean-Marc |
| | BERARD Pierre | | GAUTHIER André |
| | BERGOIN Maurice | | GERARD Raymond |
| | BERNARD Dominique | | GEROLAMI-SANTANDREA André |
| | BERNARD Jean-Louis | | GIUDICELLI Roger |
| | BERNARD Pierre-Marie | | GIUDICELLI Sébastien |
| | BERTRAND Edmond | | GOUDARD Alain |
| | BISSET Jean-Pierre | | GOUIN François |
| | BLANC Bernard | | GRILLO Jean-Marie |
| | BLANC Jean-Louis | | GRISOLI François |
| | BOLLINI Gérard | | GROULIER Pierre |
| | BONGRAND Pierre | | HADIDA/SAYAG Jacqueline |
| | BONNEAU Henri | | HASSOUN Jacques |
| | BONNOIT Jean | | HEIM Marc |
| | BORY Michel | | HOUEL Jean |
| | BOTTA Alain | | HUGUET Jean-François |
| | BOURGEADE Augustin | | JAQUET Philippe |
| | BOUVENOT Gilles | | JAMMES Yves |
| | BOUYALA Jean-Marie | | JOUVE Paulette |
| | BREMOND Georges | | JUHAN Claude |
| | BRICOT René | | JUIN Pierre |
| | BRUNET Christian | | KAPHAN Gérard |
| | BUREAU Henri | | KASBARIAN Michel |
| | CAMBOULIVES Jean | | KLEISBAUER Jean-Pierre |
| | CANNONI Maurice | | LACHARD Jean |
| | CARTOUZOU Guy | | LAFFARGUE Pierre |
| | CAU Pierre | | LAUGIER René |
| | CHABOT Jean-Michel | | LE TREUT Yves |
| | CHAMLIAN Albert | | LEVY Samuel |
| | CHARREL Michel | | LOUCHET Edmond |
| | CHAUVEL Patrick | | LOUIS René |
| | CHOUX Maurice | | LUCIANI Jean-Marie |
| | CIANFARANI François | | MAGALON Guy |
| | CLEMENT Robert | | MAGNAN Jacques |
| | COMBALBERT André | | MALLAN- MANCINI Josette |
| | CONTE-DEVOLX Bernard | | MALMEJAC Claude |
| | CORRIOL Jacques | | MARANINCHI Dominique |
| | COULANGE Christian | | MARTIN Claude |
| | DALMAS Henri | | MATTEI Jean François |
| | DE MICO Philippe | | MERCIER Claude |
| | DESSEIN Alain | | METGE Paul |
| | DELARQUE Alain | | MICHOTEY Georges |
| | DEVIN Robert | | MILLET Yves |
| | DEVRED Philippe | | MIRANDA François |
| | DJIANE Pierre | | MONFORT Gérard |
| | DONNET Vincent | | MONGES André |
| | DUCASSOU Jacques | | MONGIN Maurice |
| | DUFOUR Michel | | MONTIES Jean-Raoul |
| | DUMON Henri | | NAZARIAN Serge |
| | ENJALBERT Alain | | NICOLI René |

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

- 1990**
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)
- 1991**
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)
- 1992**
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)
- 1994**
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)
- 1995**
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)
- 1997**
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)
- 1998**
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)
- 1999**
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)
- 2000**
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)
- 2001**
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
- 2002**
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)
- 2003**
M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)
- 2004**
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)
- 2005**
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
- 2006**
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
- 2007**
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

| | | |
|-------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | PONCET Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |

2009

| | | |
|------------------|-----------------|------------|
| M. le Professeur | DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |

2010

| | | |
|------------------|----------------|------------|
| M. le Professeur | MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |
|------------------|----------------|------------|

2011

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | METRAS Dominique | 31/08/2015 |

2012

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |

2013

| | | |
|------------------|----------------------------|------------|
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUF0 Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

2014

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

2015

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | COURAND François | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

2016

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | BONGRAND Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | BRUNET Christian | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | CAU Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | JAMMES Yves | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | POITOUT Dominique | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | VIALETTES Bernard | 31/08/2019 |

2017

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | ALESSANDRINI Pierre | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | CHAUVEL Patrick | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | SEBBAHOUN Gérard | 31/08/2018 |

2018

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | MARANINCHI Dominique | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2019 |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| AGOSTINI FERRANDES Aubert | CHINOT Olivier | GRIMAUD Jean-Charles |
| ALBANESE Jacques | CHOSSEGROS Cyrille | GROB Jean-Jacques |
| ALIMI Yves | <i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i> | GUEDJ Eric |
| AMABILE Philippe | COLLART Frédéric | GUIEU Régis |
| AMBROSI Pierre | COSTELLO Régis | GUIS Sandrine |
| ANDRE Nicolas | COURBIERE Blandine | GUYE Maxime |
| ARGENSON Jean-Noël | COWEN Didier | GUYOT Laurent |
| ASTOUL Philippe | CRAVELLO Ludovic | GUYS Jean-Michel |
| ATTARIAN Shahram | CUISSET Thomas | HABIB Gilbert |
| AUDOUIN Bertrand | CURVALE Georges | HARDWIGSEN Jean |
| AUQUIER Pascal | DA FONSECA David | HARLE Jean-Robert |
| AVIERINOS Jean-François | DAHAN-ALCARAZ Laetitia | <i>HOFFART Louis Disponibilité</i> |
| AZULAY Jean-Philippe | DANIEL Laurent | HOUVENAEGHEL Gilles |
| BAILLY Daniel | DARMON Patrice | JACQUIER Alexis |
| BARLESI Fabrice | D'ERCOLE Claude | JOURDE-CHICHE Noémie |
| BARLIER-SETTI Anne | D'JOURNO Xavier | JOUVE Jean-Luc |
| BARTHET Marc | DEHARO Jean-Claude | KAPLANSKI Gilles |
| BARTOLI Christophe | DELAPORTE Emmanuel | KARSENTY Gilles |
| BARTOLI Jean-Michel | DELPERO Jean-Robert | KERBAUL François |
| BARTOLI Michel | DENIS Danièle | KRAHN Martin |
| BARTOLOMEI Fabrice | DISDIER Patrick | LAFFORGUE Pierre |
| BASTIDE Cyrille | DODDOLI Christophe | LAGIER Jean-Christophe |
| BENSOUSSAN Laurent | DRANCOURT Michel | LAMBAUDIE Eric |
| BERBIS Philippe | DUBUS Jean-Christophe | LANCON Christophe |
| BERDAH Stéphane | DUFFAUD Florence | LA SCOLA Bernard |
| <i>BERLAND Yvon Surnombre</i> | DUFOUR Henry | LAUNAY Franck |
| BERNARD Jean-Paul | DURAND Jean-Marc | LAVIEILLE Jean-Pierre |
| BEROUD Christophe | DUSSOL Bertrand | LE CORROLLER Thomas |
| BERTUCCI François | EUSEBIO Alexandre | LECHEVALLIER Eric |
| BLAISE Didier | FAKHRY Nicolas | LEGRE Régis |
| BLIN Olivier | <i>FAUGERE Gérard Surnombre</i> | LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale |
| BLONDEL Benjamin | FELICIAN Olivier | LEONE Marc |
| BONIN/GUILLAUME Sylvie | FENOLLAR Florence | LEONETTI Georges |
| BONELLO Laurent | FIGARELLA/BRANGER Dominique | LEPIDI Hubert |
| BONNET Jean-Louis | FLECHER Xavier | LEVY Nicolas |
| <i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i> | FOURNIER Pierre-Edouard | MACE Loïc |
| BOUBLI Léon | <i>FRANCES Yves Surnombre</i> | MAGNAN Pierre-Edouard |
| BOUFI Mourad | FRANCESCHI Frédéric | <i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i> |
| BOYER Laurent | FUENTES Stéphane | MEGE Jean-Louis |
| BREGEON Fabienne | GABERT Jean | MERROT Thierry |
| BRETELLE Florence | GABORIT Bénédicte | METZLER/GUILLEMAIN Catherine |
| BROUQUI Philippe | GAINNIER Marc | MEYER/DUTOUR Anne |
| BRUDER Nicolas | GARCIA Stéphane | MICCALEF/ROLL Joëlle |
| BRUE Thierry | GARIBOLDI Vlad | MICHEL Fabrice |
| BRUNET Philippe | GAUDART Jean | MICHEL Gérard |
| BURTEY Stéphane | GAUDY-MARQUESTE Caroline | MICHEL Justin |
| CARCOPINO-TUSOLI Xavier | GENTILE Stéphanie | MICHELET Pierre |
| CASANOVA Dominique | GERBEAUX Patrick | MILH Mathieu |
| CASTINETTI Frédéric | GEROLAMI/SANTANDREA René | MOAL Valérie |
| CECCALDI Mathieu | GILBERT/ALESSI Marie-Christine | MONCLA Anne |
| CHAGNAUD Christophe | GIORGI Roch | MORANGE Pierre-Emmanuel |
| CHAMBOST Hervé | GIOVANNI Antoine | MOULIN Guy |
| CHAMPSAUR Pierre | GIRARD Nadine | MOUTARDIER Vincent |
| CHANEZ Pascal | GIRAUD/CHABROL Brigitte | <i>MUNDLER Olivier Surnombre</i> |
| CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle | GONCALVES Anthony | NAUDIN Jean |
| CHARREL Rémi | GORINCOUR Guillaume | NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier |
| <i>CHARPIN Denis Surnombre</i> | GRANEL/REY Brigitte | NICOLLAS Richard |
| CHAUMOITRE Kathia | GRANVAL Philippe | OLIVE Daniel |
| CHIARONI Jacques | GREILLIER Laurent | OUAFIK L'Houcine |

| | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| PAGANELLI Franck | ROCHE Pierre-Hugues | THOMAS Pascal |
| PANUEL Michel | ROCH Antoine | THUNY Franck |
| PAPAZIAN Laurent | ROCHWERGER Richard | TREBUCHON-DA FONSECA Agnès |
| PAROLA Philippe | ROLL Patrice | TRIGLIA Jean-Michel |
| <i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i> | ROSSI Dominique | TROPIANO Patrick |
| PELISSIER-ALICOT Anne-Laure | ROSSI Pascal | TSIMARATOS Michel |
| PELLETIER Jean | ROUDIER Jean | TURRINI Olivier |
| PERRIN Jeanne | SALAS Sébastien | VALERO René |
| PETIT Philippe | <i>SAMBUC Roland Surnombre</i> | VAROQUAUX Arthur Damien |
| PHAM Thao | SARLES Jacques | VELLY Lionel |
| PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique | SARLES/PHILIP Nicole | VEY Norbert |
| PIQUET Philippe | SARLON-BARTOLI Gabrielle | VIDAL Vincent |
| PIRRO Nicolas | SCAVARDA Didier | VIENS Patrice |
| POINSO François | SCHLEINITZ Nicolas | VILLANI Patrick |
| RACCAH Denis | SEBAG Frédéric | VITON Jean-Michel |
| RANQUE Stéphane | SEITZ Jean-François | VITTON Véronique |
| RAOULT Didier | SIELEZNEFF Igor | VIEHWEGER Heide Elke |
| REGIS Jean | SIMON Nicolas | VIVIER Eric |
| REYNAUD/GAUBERT Martine | STEIN Andréas | XERRI Luc |
| REYNAUD Rachel | TAIEB David | |
| RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth | THIRION Xavier | |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

| | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>) | EBBO Mikaël | NGUYEN PHONG Karine |
| AHERFI Sarah | FABRE Alexandre | NINOVE Laetitia |
| ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>) | FAURE Alice | NOUGAIREDE Antoine |
| ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>) | FOLETTI Jean- Marc | OLLIVIER Matthieu |
| BARTHELEMY Pierre | FOUILLOUX Virginie | OVAERT Caroline |
| BEGE Thierry | FROMNOT Julien | PAULMYER/LACROIX Odile |
| BELIARD Sophie | GASTALDI Marguerite | PESENTI Sébastien |
| BERBIS Julie | GELSI/BOYER Véronique | RESSEGUIER Noémie |
| BERGE-LEFRANC Jean-Louis | GIUSIANO Bernard | REY Marc |
| BERTRAND Baptiste | GIUSIANO COURCAMBECK Sophie | ROBERT Philippe |
| BEYER-BERJOT Laura | GONZALEZ Jean-Michel | SABATIER Renaud |
| BIRNBAUM David | GOURIET Frédérique | SARI-MINODIER Irène |
| BONINI Francesca | GRAILLON Thomas | SAVEANU Alexandru |
| BOUCRAUT Joseph | GRISOLI Dominique | SECQ Véronique |
| BOULAMERY Audrey | GUERIN Carole | SUCHON Pierre |
| BOULLU/CIOCCA Sandrine | GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné | TABOURET Emeline |
| BUFFAT Christophe | GUIDON Catherine | TOGA Caroline |
| CAMILLERI Serge | HAUTIER/KRAHN Aurélie | TOGA Isabelle |
| CARRON Romain | HRAIECH Sami | TOMASINI Pascale |
| CASSAGNE Carole | KASPI-PEZZOLI Elise | TOSELLO Barthélémy |
| CHAUDET Hervé | L'OLLIVIER Coralie | TROUSSE Delphine |
| CHRETIEN Anne-Sophie | LABIT-BOUVIER Corinne | TUCHTAN-TORRENTS Lucile |
| COZE Carole | LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina | VELY Frédéric |
| CUNY Thomas | LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>) | VION-DURY Jean |
| DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>) | LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude | ZATTARA/CANNONI Hélène |
| DALES Jean-Philippe | LEVY/MOZZICONACCI Annie | |
| DAUMAS Aurélie | LOOSVELD Marie | |
| DEGEORGES/VITTE Joëlle | MANCINI Julien | |
| DELLIAUX Stéphane | MARY Charles | |
| DESPLAT/JEGO Sophie | MASCAUX Céline | |
| DEVILLIER Raynier | MAUES DE PAULA André | |
| DUBOURG Grégory | MILLION Matthieu | |
| DUFOUR Jean-Charles | MOTTOLA GHIGO Giovanna | |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------|
| ABU ZAINEH Mohammad | DEGIOANNI/SALLE Anna | RUEL Jérôme |
| BARBACARU/PERLES T. A. | DESNUES Benoît | THOLLON Lionel |
| BERLAND/BENHAIM Caroline | MARANINCHI Marie | THIRION Sylvie |
| BOUCAULT/GARROUSTE Françoise | MERHEJ/CHAUVEAU Vicky | VERNA Emeline |
| BOYER Sylvie | MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte | |
| COLSON Sébastien | POGGI Marjorie | |

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEDECINE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Mr le Pr Da Fonseca,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, et de m'avoir permis de réaliser cette étude ! J'espère avoir le plaisir de continuer à travailler avec vous à l'avenir.

Merci de m'avoir accompagné et valorisé dans toutes les étapes de ce travail.

Je vous remercie pour votre bienveillance, votre sympathie, et votre positivité sans égale !

Mr le Pr Poinso,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury.

Merci de m'avoir transmis votre passion de la pédopsychiatrie, et de m'avoir permis d'approfondir ma formation dans votre service. J'ai apprécié la qualité de vos enseignements pendant mon parcours d'interne. Je vous remercie également de m'avoir apporté votre soutien dans mon projet de stage en PMI !

Mr le Dr Guivarch,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Jokthan, merci pour ton soutien au cours de cette dernière année d'internat. Merci de m'avoir guidé dans mes choix professionnels. Merci pour ta sympathie, ta bonne humeur et ta bienveillance ! Je suis très heureuse d'avoir fait ta connaissance.

Mme le Dr Gouriou,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Estelle, merci d'avoir contribué à ma formation en pédopsychiatrie. Merci de m'avoir donné envie de faire cette spécialité. Merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse, ta simplicité et pour ces moments passés avec toi à l'HDJ d'Aix en Provence. Tu es une pédopsychiatre et une personne exceptionnelle !

Table des matières

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I) Introduction | 3 |
| Revue de la littérature scientifique | 4 |
| Connaissances et représentations mentales sur le Trouble Déficit de l'Attention et/ou Hyperactivité (TDAH) | 4 |
| De la population générale (les adultes)..... | 4 |
| Des enseignants..... | 8 |
| Des soignants..... | 14 |
| Des pairs (les enfants et les adolescents) | 17 |
| La stigmatisation vécue par les familles d'enfant avec un TDAH | 18 |
| Connaissances et représentations mentales sur le Trouble du Spectre Autistique (TSA) | 19 |
| De la population générale (les adultes)..... | 20 |
| Des enseignants..... | 23 |
| Des soignants..... | 24 |
| La stigmatisation vécue par les familles d'enfant avec un TSA..... | 26 |
| Les médias | 27 |
| Les Théories Implicites | 28 |
| Définitions : les Théories Implicites..... | 28 |
| Les Théories Implicites de l'Intelligence..... | 28 |
| L'influence des théories implicites de l'enseignant..... | 30 |
| Les théories implicites et la réussite scolaire..... | 31 |
| Les théories implicites et les stéréotypes | 32 |
| Les théories implicites et la maladie mentale..... | 33 |
| L'espoir | 33 |
| Problématique de notre étude | 35 |
| Objectifs de l'étude | 35 |
| Hypothèses de l'étude | 35 |
| II) Matériel et méthodes | 36 |
| Participants | 36 |
| Questionnaires utilisés pour le TDAH et le TSA : | 37 |
| Community Attitudes toward the Mentally Ill (Taylor, 1981) | 37 |
| Théories implicites..... | 38 |
| The Adult State Hope Scale (Snyder et al., 1996) | 38 |
| Questionnaires utilisés pour le TDAH : | 39 |
| ADHD Stigma Questionnaire (Kellison et al., 2010) | 39 |
| Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (Sciutto, 2000)..... | 39 |
| Questionnaire utilisé pour le TSA : | 40 |
| Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (Harrison, 2017)..... | 40 |
| Analyse statistique | 41 |
| III) Résultats : moyennes et corrélations | 42 |
| Théories implicites | 42 |
| Théorie de l'entité TDAH..... | 42 |
| Théorie de l'entité TSA..... | 43 |
| CAMI | 44 |
| CAMI adaptée au TDAH..... | 44 |
| CAMI adaptée au TSA | 46 |
| ADHD Stigma Questionnaire | 47 |
| KADDS | 49 |
| ASK-Q | 53 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Adult State Hope Scale | 55 |
| Pour le TDAH..... | 55 |
| Pour le TSA..... | 56 |
| Age et expérience professionnelle | 57 |
| Pour le TDAH..... | 57 |
| Pour le TSA..... | 58 |
| IV) Discussion | 59 |
| Résultats principaux | 59 |
| Pour le TDAH..... | 59 |
| Pour le TSA..... | 61 |
| Résultats secondaires | 64 |
| Connaissances sur le TDAH : échelle « KADDS »..... | 64 |
| Perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH : échelle ADHD Stigma Questionnaire..... | 67 |
| Connaissances sur le TSA : échelle « Autism Stigma Knowledge - Questionnaire »..... | 69 |
| V) Limites et perspectives de l'étude | 72 |
| VI) Conclusion | 74 |
| VII) Annexes (questionnaires utilisés) | 76 |
| ASQ-ADHD Stigma Questionnaire (Kellison, Bussing et al., 2010)..... | 76 |
| KADDS - Knowledge Attention Deficit Disorder Scale (Sciutto et al., 2000)..... | 77 |
| ASK-Q Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (Harrison et al., 2017)..... | 80 |
| Théories implicites du TDAH..... | 82 |
| Théories implicites du TSA..... | 82 |
| CAMI adaptée au TDAH..... | 83 |
| CAMI adaptée au TSA..... | 84 |
| Echelle d'espoir état..... | 85 |
| VIII) Bibliographie (Zotero) | 86 |

I) Introduction

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et le Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH) font partie des troubles neurodéveloppementaux (DSM V, 2013). Ces troubles apparaissent généralement dans la première enfance, et se caractérisent par des déficits du développement ayant un impact sur le fonctionnement personnel, familial et social. Ce sont des pathologies fréquentes de l'enfant en âge scolaire, dont la prévalence a progressivement augmenté au cours des dernières décennies. Les troubles neurodéveloppementaux regroupent différentes formes cliniques : la déficience intellectuelle, le trouble de la communication, le trouble du spectre de l'autisme, le trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité, les troubles spécifiques des apprentissages et les troubles moteurs.

Des connaissances pertinentes sur les troubles neurodéveloppementaux permettent aux professionnels de santé et aux enseignants de contribuer au dépistage précoce de ces troubles. Ainsi, les enfants présentant ces troubles peuvent bénéficier de soins précoces. De plus, dans le cadre scolaire, l'enseignement pourra être adapté aux besoins spécifiques de l'enfant (ex : attribution d'une AVS, classe ULIS, IME, etc.). De nombreuses études ont montré que la mise en place de soins précoces entraînait un meilleur pronostic à long terme, et qu'à l'inverse, l'absence de prise en charge adaptée pouvait avoir un impact sévère et durable, avec des répercussions à l'âge adulte.

Au delà des connaissances, chaque individu a ses propres représentations mentales du monde qui l'entoure. Parfois, certaines représentations mentales sont éloignées de la réalité, et peuvent alors être qualifiées de stéréotypes. Le terme de stéréotype a été introduit par Lippman (1922). De manière simplifiée, un stéréotype peut être décrit comme une opinion toute faite, acceptée et répétée par une personne (ou par un groupe), qui va déterminer ses manières de penser, de sentir et d'agir. Un stéréotype peut être positif ou négatif. En général, les stéréotypes sont socialement partagés et ils sont véhiculés et entretenus par l'environnement social (famille, amis, médias, société, etc.). Quand le stéréotype est associé à une réaction émotionnelle négative, on parle de préjugé. Le préjugé peut entraîner des réactions d'évitement, de distanciation sociale et par conséquent de discrimination. La stigmatisation regroupe l'ensemble des stéréotypes, des préjugés et la discrimination.

En France, des représentations négatives ont longtemps été associées au TSA. Vers le milieu des années 1990, l'élargissement des critères diagnostiques (nouvelles classifications) a contribué au changement des représentations et à la diminution du degré de stigmatisation lié à l'autisme (Chamak, 2011).

Dans la littérature scientifique, des études ont montré que les croyances personnelles aussi appelées « théories implicites » (Carol S. Dweck) peuvent jouer un rôle dans le cadre de la perception et de la compréhension intuitive des soignants et des enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux, chaque individu ayant ses propres représentations des caractéristiques humaines.

L'objet de ce travail est d'évaluer les connaissances et les représentations mentales (stéréotypes, stigmatisation) des soignants et des enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux que sont le TDAH et le TSA. Dans un premier temps, nous ferons une revue de littérature scientifique sur le sujet, puis dans un deuxième temps, nous présenterons et discuterons les résultats de notre étude.

Revue de la littérature scientifique

Connaissances et représentations mentales sur le Trouble Déficit de l'Attention et/ou Hyperactivité (TDAH)

De la population générale (les adultes)

Plusieurs études ont montré que les enfants et les adolescents avec une pathologie mentale étaient plus stigmatisés que les enfants souffrant d'une maladie physique. Une revue de la littérature scientifique (Kaushik, 2016) portant sur la stigmatisation des maladies mentales chez les enfants et les adolescents par les adultes et par les pairs a confirmé que la stigmatisation des enfants et des adolescents ayant des problèmes de santé mentale est un problème universel et invalidant, présent aussi bien chez les pairs (enfants et adolescents) que chez les adultes (Kaushik, 2016 ; Rose, 2007). En effet, les opinions et les comportements stigmatisants peuvent se développer dès la petite enfance. Comme chez les adultes, les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale sont d'avantage victimes de discrimination que leurs pairs ayant d'autres besoins en matière de santé. Les résultats de la revue de la littérature de Kaushik ont montré que les enfants et les adolescents de sexe masculin étaient plus stigmatisés que ceux de sexe féminin, que les hommes avaient plus d'opinions stigmatisantes que les femmes, et que la fréquence des opinions stigmatisantes

augmentait généralement avec l'âge. En grandissant les enfants prennent conscience de l'existence de problèmes de santé mentale.

La stigmatisation peut avoir un impact sur le développement de l'enfant, elle peut avoir une influence sur la constitution de son identité personnelle et sur son autonomie à long terme (Hinshaw, 2005). De plus, plusieurs études ont mis en évidence qu'elle représente un obstacle majeur à la recherche d'aide par les familles (Penn, 2005; Pescosolido, 2007b; Mukolo, 2010).

En 2002, une enquête de grande ampleur menée aux Etats Unis s'est intéressée entre autre aux problèmes de santé mentale chez les enfants. L'enquête était réalisée au cours d'un entretien qui durait en moyenne 90 minutes. Elle comportait une section spéciale portant sur la stigmatisation des enfants : « NSS-C : National Stigma Study Children ». Elle a été proposé à un échantillon aléatoire de 1393 répondants (taux de réponse : 70,1%). Pour évaluer la stigmatisation des enfants, les chercheurs ont utilisé des vignettes cliniques décrivant quatre type d'enfants : avec un TDAH, avec une dépression, avec un problème de santé physique (asthme) et avec des difficultés du quotidien (sans trouble). Les données de l'enquête ont été utilisées par plusieurs équipes de recherche. Les résultats de Pescosolido (2008) ont montré que la population générale différenciait les enfants avec des problèmes de santé mentale des enfants avec des difficultés du quotidien (sans trouble). 58,5% des participants identifiaient correctement la dépression et 41,9% identifiaient correctement le TDAH. Les répondants avaient tendance à considérer le TDAH comme étant moins grave que la dépression. Dans une autre étude, les enfants avec TDAH et les enfants dépressifs étaient perçus par 33% de l'échantillon pour le TDAH et par 81% de l'échantillon pour la dépression comme étant assez susceptibles ou très susceptibles d'être dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, par rapport aux enfants asthmatiques (15%) et aux enfants avec des difficultés du quotidien (13%) (Pescosolido, 2007). Concernant la distance sociale à adopter vis à vis des enfants et des adolescents ayant des problèmes de santé mentale, les résultats ont montré un gradient de rejet allant du plus élevé au plus faible comme suit : TDAH, dépression, enfant sans trouble et maladie physique (Martin, Pescosolido, 2007). Les réactions stigmatisantes étaient plus élevées à l'égard des adolescents. Les répondants qui qualifiaient la situation de l'enfant sur la vignette de maladie mentale par rapport à ceux qui la qualifiaient de maladie physique ou de situation normale signalaient une plus grande préférence pour la distance sociale, tendance qui semblait résulter de la perception que l'enfant est dangereux. Concernant les traitements, la majorité des personnes interrogées pensaient que les médicaments psychiatriques avaient

une incidence sur le développement de l'enfant (68%), sur l'apparition de troubles où l'enfant ressemble à un zombie (53%), et qu'ils retardaient la résolution de vrais problèmes liés au comportement (66%) (Pescosolido, 2007). 86% pensaient que les praticiens prescrivaient trop de médicaments à des enfants ayant des problèmes de comportements courants. Enfin, beaucoup de personnes interrogées pensaient que la stigmatisation résultait de la prise d'un traitement pendant l'enfance et que la stigmatisation continuait à avoir une incidence négative à l'âge adulte.

Une étude sur les attributions et les préjugés à l'égard des maladies mentales et physiques des enfants a mis en évidence que la responsabilité des parents était plus fréquemment associée à des problèmes de santé mentale que physique, et que la responsabilité de l'enfant était associée à une distance sociale plus élevée vis à vis de cet enfant (Mukolo, 2010).

Une étude sur les attitudes stigmatisantes des parents à l'égard des étiquettes psychiatriques « TDAH » et « dépression » a montré que les parents stigmatisaient fortement des enfants présentant des problèmes psychiatriques, et qu'ils présentaient plus de préjugés et de désir de distance sociale envers des enfants atteints de TDAH que de dépression (Ohan, 2013). Dans une autre étude, l'étiquette de TDAH était associée à un stéréotype négatif qui avait un impact sur les compétences et les performances académiques (Ryan Newton, 2008). Enfin, chez des étudiants en psychologie la stigmatisation était associée aux comportements présents dans le TDAH et non à l'étiquette de TDAH (Amanda Chi Thompson, 2015), et le TDAH était autant stigmatisé que la dépression.

L'incertitude de la population générale quant à la fiabilité du diagnostic de TDAH et de l'évaluation diagnostique associée, la dangerosité perçue à l'égard des personnes avec un TDAH, les facteurs sociodémographiques (âge, sexe, origine ethnique du répondant et/ou de la personne avec un TDAH), la stigmatisation liée au traitement et à la divulgation du statut diagnostique, et le traitement de la personne avec TDAH sont des variables qui contribuent à la stigmatisation (Mueller, 2012). De ce fait, la stigmatisation associée au TDAH pourrait être conceptualisée comme un facteur de risque sous-estimé pouvant affecter l'observance et l'efficacité du traitement, l'aggravation des symptômes, la satisfaction à l'égard de la vie et le bien-être mental des personnes avec un TDAH (Mueller, 2012).

Les parents et les enseignants participant à une enquête basée sur le questionnaire ADHD Stigma Questionnaire (ASQ) (Kellison) ont approuvé de manière significative la stigmatisation liée au diagnostic de TDAH (Sumerlin, 2017). L'impact le plus important lié à la stigmatisation concernait l'estime de soi des enfants et leur volonté d'initier ou de suivre un traitement et/ou des médicaments. Concernant les traitements du TDAH, il y a des différences significatives entre la volonté des adultes et celle des adolescents (Bussing, 2012). En effet, les adolescents présentent une volonté plus faible d'utilisation de l'ensemble des traitements du TDAH. De façon générale, les perceptions liées au traitement du TDAH sont négatives (Bussing, 2012). De plus, il semblerait que des taux plus élevés d'idées fausses sur le TDAH seraient associés à des taux d'acceptation plus faibles des traitements médicamenteux et des taux d'acceptation plus élevés d'interventions diététiques (Sciutto, 2013).

Concernant l'étiologie du TDAH, les idées fausses sont fréquentes chez les parents et les adolescents (Bussing, 2012). On retrouve notamment l'étiologie liée au sucre (25% parents ; 27% adolescents) et l'abus médicamenteux (85% parents ; 67% adolescents). Les participants d'origine Afro-américaine exprimaient avoir moins de connaissance sur le TDAH et affirmaient avoir une plus grande croyance en l'étiologie du sucre que les Caucasiens. Sciutto et al. (2000) ont obtenu des résultats similaires concernant les idées fausses sur le sucre et les additifs alimentaires (42,3%). Concernant les sources d'informations sur le TDAH, les parents et les adolescents ont exprimé des préférences similaires : Internet (49% et 51%, respectivement) et les médecins (40% et 27%, respectivement) (Bussing, 2012).

Dans une enquête menée auprès de la population générale, 64% des répondants avaient entendu parler du TDAH (McLeod, 2007). Les femmes et les personnes plus instruites étaient plus susceptibles d'en avoir entendu parler. Le manque de connaissance était plus grand chez certains sous-groupes de la population, en particulier les hommes, les Afro-américains et les moins scolarisés. Parmi ceux qui avaient entendu parler du TDAH, 78% ont déclaré que ce trouble est selon eux une véritable maladie. Les femmes, les personnes d'origine Caucasienne et les personnes à revenu élevé ont le plus souvent souscrit à cette conviction. La plupart des répondants (65%) ont préconisé l'utilisation à la fois de conseils et de médicaments.

Des enseignants

Les enseignants sont souvent les premiers professionnels à orienter des enfants présentant des signes cliniques du TDAH vers des professionnels de santé afin qu'ils bénéficient d'une évaluation médicale (Stroh, 2008). Leurs observations du comportement de l'enfant dans le milieu scolaire sont essentielles pour le diagnostic médical et pour les décisions de traitement (Vereb et DiPerna, 2004).

Dans la littérature scientifique, on trouve plusieurs études ayant évalué les connaissances et les attitudes des enseignants à l'égard des enfants avec un TDAH. Plusieurs auteurs ont comparé les résultats obtenus chez des enseignants en exercice et chez des étudiants universitaires « futurs enseignants » (Bekle, 2004 ; Anderson, 2012 & 2017 ; Kos, 2004). Dans l'étude de Bekle (2004), plus de 90 % des enseignants étaient d'accord pour dire que le TDAH a une origine biologique, et que les difficultés comportementales des enfants TDAH ne sont pas volontaires. La plupart des participants considéraient le TDAH comme un diagnostic médical nécessitant des adaptations dans le milieu scolaire. De plus, ils exprimaient le souhait de pouvoir accéder à une formation complète. En Australie, une enquête évaluant l'influence de l'expérience de l'enseignant a montré que les enseignants en exercice avaient de meilleures connaissances globales sur le TDAH, sur ses caractéristiques et ses traitements, et ils avaient une connaissance perçue plus élevée que les futurs enseignants. D'autre part, les étudiants universitaires exprimaient des affects positifs à l'égard de l'enseignement à des enfants avec TDAH. Ces affects devenaient moins positifs lorsqu'ils gagnaient en expérience. En effet, les enseignants en exercice acquièrent d'avantage de connaissance et d'expérience sur le TDAH, mais ils prennent aussi conscience des difficultés auxquelles sont confrontés ces enfants, ce qui entraîne des affects plus négatifs (Anderson, 2012 & 2017). Dans l'étude d'Anderson (2017), les futurs enseignants ont exprimé des opinions positives plus fréquentes que les enseignants en exercice. Ils éprouvaient des sentiments contradictoires d'anxiété, de frustration et de compassion, tandis que les enseignants en exercice éprouvaient plutôt de la fatigue, du stress, de la frustration et de l'inquiétude. Ces résultats suggèrent que l'idéalisme concernant l'enseignement à des enfants avec TDAH diminue à mesure que les enseignants acquièrent de l'expérience en classe. Des comportements positifs, tels que l'adaptation des leçons et la mise en place de stratégies d'enseignement permettaient de mieux répondre aux besoins de l'enfant. D'autre part, l'ensemble des enseignants présentait une ambivalence concernant l'enseignement à des

enfants avec TDAH. Le fait de ressentir de l'ambivalence peut avoir des conséquences sur les attitudes des enseignants, sur leurs décisions et sur leurs interactions avec les enfants TDAH. Certaines réponses verbales négatives peuvent avoir un impact négatif sur l'apprentissage scolaire des enfants, sur leur développement et leur bien être émotionnel (Anderson, 2017). Les enseignants avec de meilleures connaissances sur le TDAH avaient des attitudes plus positives et des comportements plus cohérents vis-à-vis des enfants avec TDAH. Ces résultats mettent en avant les difficultés liées à l'enseignement des enfants avec TDAH. En effet, les enseignants éprouvent à la fois de la compassion, mais ils doivent également gérer les troubles du comportement se manifestant en classe, et ils se retrouvent confronter à la complexité de l'information sur le TDAH. De façon similaire dans l'étude de Kos (2004), les enseignants en exercice ont obtenu des scores plus élevés que les futurs enseignants au questionnaire sur les connaissances du TDAH. Au total, 60,7% des enseignants australiens ont répondu correctement au questionnaire et un manque de connaissance a été retrouvé chez l'ensemble des enseignants. Les connaissances des enseignants s'amélioraient significativement lorsque ceux-ci avaient été en contact avec au moins un élève ayant un TDAH ou lorsqu'ils avaient reçu une formation complémentaire sur le sujet. Néanmoins, l'âge et les années d'expérience n'avaient aucune influence sur les connaissances. Les enseignants avaient une connaissance perçue du TDAH inférieure à leur connaissance réelle du trouble, ce qui peut indiquer qu'ils avaient conscience de leur manque de connaissance. Dans une étude comparative sur les connaissances et les attitudes des enseignants canadiens et américains à l'égard du TDAH (Jerome, 1994), 77,5% ont répondu correctement au questionnaire. Plus de 75 % des enseignants avaient une assez bonne connaissance de l'étiologie du trouble et des bénéfices / risques associés au traitement médicamenteux. Cependant, ils avaient une moins bonne connaissance de l'aspect héréditaire du trouble (67%) et de sa chronicité (59%). 66 % des enseignants canadiens pensaient que le TDAH était causé par une consommation de sucre et d'additifs alimentaires, et 77 % pensaient que les diètes alimentaires pouvaient être efficaces dans le traitement du TDAH. Ces résultats sont retrouvés chez DiBattista (1993) et Bekle (2004). D'autre part, les enseignants qui avaient reçu une formation spécifique sur le TDAH et ceux qui avaient une spécialisation en adaptation scolaire ont obtenu de meilleurs résultats au questionnaire de connaissance que ceux qui n'en avaient pas.

En Iran, une étude a mis en évidence de faibles attitudes de tolérance à l'égard des enfants avec TDAH (Ghanizadeh, 2006). En effet, 64% des enseignants pensaient à tort que le style éducatif doit être le même pour les élèves TDAH que pour les élèves sans TDAH. En 2016,

une nouvelle étude a été menée en Iran et a montré que les attitudes des enseignants s'étaient améliorées et qu'elles étaient globalement neutres (Mojgan Khademi, 2016). À l'inverse, une enquête menée à Trinité-et-Tobago a montré des attitudes généralement positives. La plupart des enseignants estimaient que les enfants avec TDAH devraient pouvoir bénéficier d'un enseignement spécialisé (Marsha K. Youssef, 2015).

Plusieurs études menées en Israël, en Iran, à Trinité et Tobago, en Arabie Saoudite ont mis en évidence des connaissances générales faibles chez les enseignants (Brook, 2000 ; Ghanizadeh, 2006 ; Marsha K. Youssef, 2015 ; Manal Basudan, 2019 ; Sciutto, 2000). À Trinité-et-Tobago, la moyenne des scores de connaissance des enseignants était de 12,6/26 (Marsha K. Youssef, 2015). Les enseignants avec un master, les enseignants ayant bénéficié d'une formation spécifique sur le TDAH et les enseignants ayant déjà travaillé avec un enfant avec TDAH ont obtenu des scores de connaissance plus élevés. À Djeddah (Arabie Saoudite), les résultats obtenus ont montré que seulement 24,5% des enseignantes avaient une bonne connaissance du TDAH, et que les enseignantes plus âgées avaient une meilleure connaissance du TDAH (Manal Basudan, 2019). Des études réalisées en Iran et en Italie ont mis en évidence des connaissances générales moyennes chez les enseignants (Mojgan Khademi, 2016 ; Frigerio, 2014).

Dans la littérature scientifique, des résultats en faveur de bonnes connaissances sur le TDAH ont été mis en évidence par plusieurs auteurs (Al-Hakeem, 2013 ; Thanasekaran, 2016 ; Alfageer, 2017 ; Massé, 2010). Une étude menée dans la ville de Bahrain a montré que 53,2% des enseignants à l'école primaire étaient bien documentés sur le TDAH (Al-Hakeem, 2013). À Nekemte en Ethiopie occidentale, 56,4% des participants avaient de bonnes connaissances sur le TDAH (Thanasekaran, 2016). Il semblerait que les principaux prédicteurs associés au manque de connaissance et aux idées fausses des enseignants étaient l'absence de lecture de livres et d'articles scientifiques, l'absence d'accès à l'information télévisée et l'absence d'accès à une navigation internet. En Arabie Saoudite, deux tiers des enseignants du primaire avaient des connaissances correctes sur le TDAH (Aldawodi, 2017). Ceux qui avaient assisté à un cours sur le TDAH ou qui avaient enseigné à un enfant avec un TDAH avaient beaucoup plus de connaissances sur le trouble. En Amérique Latine, les enseignants identifiaient le TDAH comme étant une maladie sans reconnaître clairement ses composants biologiques (Lino Palacios-Cruz, 2013).

On trouve également plusieurs études portant sur les connaissances et les idées fausses des enseignants du primaire au sujet du TDAH (Sciutto, 2000 ; Kleynhans, 2005 ; Perold & Kleynhans, 2010 ; Thanasekaran, 2016 ; Federico Guerra, 2017). Plusieurs auteurs ont utilisé l'échelle KADDS élaborée par Sciutto (2000) pour évaluer plusieurs domaines spécifiques de connaissance du TDAH auprès d'enseignants. Les scores obtenus aux sous-échelles « symptômes et diagnostic » étaient nettement supérieurs à ceux des sous-échelles « traitements et informations générales » (Sciutto, 2000), et le niveau de connaissance global était faible (47,8%). Une étude menée auprès de 552 enseignants du primaire travaillant dans la périphérie de la ville de Cape Town (Afrique du Sud) a obtenu des résultats similaires à ceux de Sciutto (Kleynhans, 2005 ; Perold & Kleynhans, 2010).

Une étude de grande ampleur menée auprès d'un échantillon multinational de 2307 enseignants de 9 pays (République tchèque, Allemagne, États-Unis, Vietnam, Grèce, Irak, Corée du Sud, République de Corée et Vietnam) a mis en évidence une grande variabilité des niveaux globaux de connaissances et d'idées fausses (Sciutto, 2016). Une formation professionnelle et une exposition antérieure au TDAH étaient associées à une meilleure connaissance du trouble dans la majorité des pays.

Dans une autre enquête réalisée par Guerro et al. (2017), les résultats obtenus ont mis en avant que la majorité des enseignants (60%) n'avait suivi aucun cours de formation sur le TDAH et que le manque de formation constituait un obstacle majeur pour répondre aux besoins des élèves avec un TDAH. Plus de 50% des enseignants n'avaient pas reçu de soutien administratif pour mettre en œuvre des stratégies éducatives adaptées. Ces résultats témoignent d'un manque de compréhension concernant l'impact que peut avoir la santé émotionnelle et mentale sur les résultats scolaires. Dans une étude comparant les connaissances des enseignants à celles des parents West et al. (2005) ont montré que le niveau de connaissance des enseignants et des parents sur « les causes » du TDAH était significativement plus élevé que leur niveau de connaissance « des caractéristiques » du TDAH, qui était lui-même plus élevé que leur niveau de connaissance du « traitement ». Les parents ont obtenu des résultats significativement supérieurs à ceux des enseignants pour les sous-échelles « causes » et « traitement ». Le perfectionnement professionnel s'est révélé être un élément important pour accroître le niveau de connaissance. Les idées fausses étaient présentes dans les deux groupes.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'évaluation des connaissances et des perceptions. Une étude comparant les perceptions sur le TDAH chez des étudiants universitaires et chez des

enseignants, à la fois aux Etats Unis et en Chine, a montré que le concept de TDAH semble être similaire entre les deux cultures, mais qu'il y a des différences significatives au niveau des perceptions (Norvilitis, 2005). En effet, les participants chinois sont plus sensibles au symptôme d'hyperactivité alors que les participants américains se concentrent à la fois sur l'hyperactivité et sur l'inattention. Les perceptions concernant la nature du traitement sont différentes entre les deux cultures. Les psychostimulants sont largement prescrits aux Etats Unis ce qui n'est pas le cas en Chine. Les participants américains étaient moins susceptibles de considérer que le TDAH résultait d'une incompétence parentale ou d'un manque d'effort de l'enfant. Les perceptions et les croyances personnelles des enseignants associées à une méconnaissance du TDAH peuvent avoir une influence sur leur pratique professionnelle (Lanaris, 2008). On peut distinguer deux catégories : ceux qui réagissent rapidement aux troubles du comportement et qui vont se montrer autoritaires envers l'enfant, et ceux qui deviennent permissifs et qui vont moins s'occuper de l'élève présentant un TDAH. Les enseignants auraient ainsi tendance à « réagir » au lieu de s'adapter aux besoins spécifiques de l'enfant. Une étude italienne a mis en avant des perceptions ambivalentes et a montré qu'une information spécifique sur le TDAH avait une influence limitée sur les perceptions des enseignants (Frigerio, 2014). Bell et al. (2011) ont mené une étude sur les perceptions de la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents. Les résultats ont révélé que les enseignants titulaires d'un certificat d'éducation spécialisée avaient des perceptions plus élevées sur la stigmatisation vécue (échelle ASQ) que les enseignants sans formation spécialisée. Le nombre d'années d'expérience n'a pas eu d'influence sur les résultats. Les enseignants titulaires d'un certificat d'éducation spécialisée présentaient une prise de conscience accrue de la stigmatisation vécue par ces enfants, et une plus grande sensibilité à leur égard. On peut supposer qu'ils avaient été plus en contact avec des enfants TDAH que les enseignants sans formation spécialisée.

Concernant les connaissances et les croyances des enseignants, une étude menée en Amérique Latine a montré des différences entre trois pays qui devraient être pris en compte dans la conception de programmes locaux de psychoéducation sur la santé (Lino Palacios-Cruz, 2013). Une étude récente menée au Québec (Massé, 2010) a montré que les connaissances variaient en fonction de la profession et de la formation reçue. Les participants avaient d'assez bonnes connaissances sur le TDAH (moyenne de 14,85/20) mais ce niveau de connaissance était variable et il dépendait des aspects abordés (étiologie, caractéristiques, traitement). La formation des intervenants des différents réseaux aux connaissances

scientifiques en lien avec le TDAH pourrait avoir un certain impact sur leurs connaissances et sur leurs croyances. Les résultats de cette étude semblent confirmer que les professionnels ayant assisté à des formations sur le TDAH ont de meilleures connaissances sur son étiologie.

Les enseignants provenant de pays différents n'ont pas les mêmes prédicteurs d'intentions à orienter les élèves vers des professionnels de santé mentale dans le cadre de la détection précoce du TDAH (Lee, 2013). Il y a des différences interculturelles. En effet, dans un groupe de participants américains, les concepts de la théorie du comportement planifié prédisaient leur intention d'orientation (c'est-à-dire une attitude favorable, une approbation perçue de la part d'autres personnes au sujet de leur orientation et un contrôle comportemental élevé) tandis que la stigmatisation et les connaissances sur le TDAH ne le permettaient pas. À l'inverse, dans un groupe de participants sud-coréens, la stigmatisation perçue envers les élèves présentant des symptômes du TDAH influençait les intentions d'orientation des enseignants (Lee, 2013). Le contrôle du comportement perçu était un prédicteur important de l'orientation vers un service de soins.

Au total, d'après la littérature scientifique il semblerait qu'une formation spécifique sur le TDAH et le fait d'avoir déjà enseigné à un enfant avec TDAH soient corrélées à de meilleures connaissances sur le TDAH.

Lien entre connaissances et représentations mentales

Deux études menées en Iran ont mis en évidence une corrélation significative entre les connaissances et les attitudes des enseignants (Ghanizadeh, 2006 ; Mojgan Khademi, 2016). En effet, de meilleures connaissances sur le TDAH étaient corrélées à des attitudes plus tolérantes. L'étude réalisée par Bekle (2004) auprès d'enseignants universitaires et de futurs enseignants a retrouvé des résultats similaires. À l'inverse dans une étude menée en Israël (Brook, 2000), les auteurs n'ont pas retrouvé de corrélation significative entre le niveau de connaissances des enseignants et leurs attitudes.

Les résultats de l'enquête de Kos (2004) ont suggéré que les connaissances sur le TDAH étaient corrélées de manière significative avec l'expérience d'enseigner à des enfants présentant un TDAH.

Dans plusieurs études utilisant le questionnaire KADDS, les résultats ont montré que les connaissances générales sur le TDAH étaient liées de manière significative au nombre

d'années d'expérience dans l'enseignement et à l'exposition préalable au TDAH : « avoir enseigné à un enfant avec TDAH » (Sciutto, 2000 ; Kleyhans, 2005 ; Perold & Kleyhans, 2010 ; Sciutto, 2016). A contrario, une étude réalisée en Italie chez des enseignants du primaire n'a pas retrouvé de corrélation positive entre leur expérience professionnelle et leurs connaissances et perceptions du TDAH (Frigerio, 2014).

Des soignants

Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes considéraient leur niveau de connaissance sur le TDAH comme étant faible (Shaw, 2002 ; Klasen, 2000 ; Klasen & Goodman, 2000). En Australie, les médecins généralistes pensaient que le TDAH était sur-diagnostiqué, et qu'il était souvent mal diagnostiqué en raison de sa complexité. Les croyances concernant l'étiologie du TDAH étaient le plus souvent reliées à des pratiques parentales inefficaces, au stress des parents (Shaw, 2003), à des perturbations familiales, à un problème lié à la parentalité, à une mauvaise éducation et au tempérament (Shaw, 2002). Ils évoquent une confusion au sujet des troubles et souhaitent avoir accès à plus de connaissances (Shaw, 2002 ; 2003). Concernant l'étiologie du TDAH, ils ont attribué les causes suivantes : perturbation familiale 97% ; parentalité 77% ; mauvaise éducation 75% ; tempérament 77% ; anomalie cérébrale 70% ; nourriture 12% ; TV 7% ; jeux vidéo 5% ; naissance traumatique 4% ; éducation 3%. Selon eux, les enfants ayant des problèmes de comportement (mais pas de TDAH) étaient évalués à 76% et le TDAH serait sur-diagnostiqué dans 55% des cas. 74% des répondants ont évoqué un manque de connaissance concernant les problèmes de comportement des enfants. Concernant la prise en charge, le traitement de 1ère ligne est comportemental pour 51% des répondants, et nécessite le recours à des médicaments stimulants pour 43% des répondants. Ils ont identifié leurs rôles comme étant provisoire (diagnostic, orientation). Les facteurs identifiés limitant la gestion des soins du TDAH étaient le manque de connaissances et de formation, la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire avec implication de spécialistes et les contraintes de temps dans la pratique quotidienne des généralistes (Shaw, 2003). Les médecins généralistes souhaitaient pouvoir bénéficier d'un outil de dépistage du TDAH.

Au Pays de Galles, une enquête sur les points de vue des médecins généralistes a montré que 85% d'entre eux avaient déjà reçu en consultation des enfants avec TDAH, et que 89% avaient déjà prescrit du méthylphénidate (Ball, 2001). Cependant, aucun d'entre eux ne

pensait que les médecins généralistes devaient initier la prescription de méthylphénidate, mais 46% étaient d'accord pour la reconduire. 64% ont déclaré que les enfants avec TDAH devaient être suivis par des psychiatres. Pour finir, 84% souhaitaient poursuivre leur formation sur le TDAH. Une autre enquête sur les points de vue des professionnels de santé et des parents a montré que les professionnels étaient plus susceptibles d'attribuer le TDAH à une cause médicale tandis que les parents étaient plus susceptibles de l'attribuer à des causes socio-environnementales (Dennis, 2008). Les professionnels ont souligné le besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire. La majorité des médecins généralistes était d'accord pour réaliser une surveillance physique et pour reconduire les prescriptions, mais ils considéraient que c'était aux spécialistes d'établir le diagnostic de TDAH et de mettre en place une prise en charge adaptée. Ces résultats corroborent ceux de Ball et al. (2001). Les principaux obstacles à la participation aux soins étaient les suivants : le manque de formation sur le TDAH, des prescriptions complexes et des contraintes de temps et de ressources dans la pratique de médecine générale.

En Finlande, une étude menée auprès de médecins généralistes exerçant dans des centres de soins primaires a montré qu'ils évaluaient leurs compétences en psychiatrie infantile insuffisantes dans de nombreux domaines (capacités à évaluer l'humeur, les conduites). 41% ont évalué leur capacité à identifier le TDAH chez les enfants d'âge scolaire comme appropriée (Heikkinen, 2002). Au Canada, les médecins généralistes considéraient qu'ils avaient un rôle à jouer vis-à-vis des enfants avec des problèmes émotionnels et comportementaux (Miller, 2005). Dans le cadre du diagnostic du TDAH, la plupart des praticiens considéraient avoir de faibles compétences en santé mentale des enfants, et le confort perçu était faible. Les résultats suggèrent un besoin de renforcer la confiance des médecins généralistes.

En Iran, les principales étiologies du TDAH évoquées par les médecins généralistes sont les suivantes : 90% liée à la parentalité, 53% familles dysfonctionnelles, 37% sucre et additifs alimentaires (Ghanizadeh & Zarei, 2010). Dans cette étude, 83% des répondants pensaient que les enfants avec TDAH se comportent mal parce qu'ils refusent d'obéir à des règles, 93% que le TDAH ne dure pas toute la vie, 75% qu'il peut être traité par des médicaments, 71% que la prise en charge doit être effectuée par des psychiatres et 97% qu'un soutien psychologique est nécessaire.

Plusieurs études ont été menées au Royaume Uni. Dans une enquête cherchant à identifier les prédicteurs d'identification des symptômes du TDAH par les médecins généralistes, la perception parentale du problème a été le seul prédicteur significatif retrouvé (Sayal, 2002). Le principal obstacle d'accès aux soins était la non-reconnaissance des symptômes par le médecin généraliste. Une autre étude a montré que les critères diagnostiques les plus fréquemment retenus étaient « l'inattention », « l'hyperactivité », et « l'impulsivité », mais plus de 75% des répondants ont également cité des critères non-DSM : « sous-rendement scolaire », « comportement antisocial » et « problèmes de sommeil » (Salt, 2005). L'origine génétique était l'étiologie la plus souvent retrouvée. Le traitement par méthylphénidate était approuvé par 92% des répondants, en association à une thérapie familiale et comportementale. D'autre part, les médecins généralistes pensaient que les médias ont une influence sur les points de vue au sujet du TDAH dans 90% des cas, que le TDAH est controversé dans 90% des cas et que les patients peuvent être stigmatisés et défavorisés par le diagnostic de TDAH dans 79% des cas. Dans une autre enquête, ils ont exprimé leur scepticisme face au TDAH et la confusion suscitée par les variations dans les opinions des différents experts. La majorité des médecins déconseillaient la médicalisation et l'étiquetage. Ils estimaient que l'étiquetage causait plus de mal que de bien, ils le percevaient comme « une stigmatisation », « une perte d'autonomie » pour un enfant et une prophétie auto-réalisatrice qui entraînait une augmentation des conflits entre parents et enfants. Ils estimaient que le diagnostic de TDAH était difficile et du ressort des spécialistes (Klasen & Goodman, 2000 ; Klasen, 2000). La plupart des omnipraticiens pensaient que l'hyperactivité était principalement due à de mauvaises pratiques parentales, à une mauvaise éducation ou à des facteurs de stress familiaux (résultats retrouvés par : Shaw, 2002, 2003).

Dans l'étude américaine de Frankenberger et al. (2001), les psychologues avaient une très bonne connaissance des causes du TDAH, des effets des différents médicaments ainsi que de leurs effets secondaires. Dans une étude menée auprès de parents et de professionnels travaillant dans les secteurs éducationnel, psychologique, médical et paramédical, Dryer et al. (2006) ont noté un degré important de concordances entre les groupes sur leurs croyances à propos des caractéristiques et des causes du TDAH. Cependant, ils ont observé que les parents et les enseignants adhéraient plus fortement à la croyance à l'égard des toxines et de l'alimentation comme causes du TDAH que les médecins et les psychologues. Pour expliquer ces différences, les auteurs ont avancé l'hypothèse que les parents et les enseignants ont moins accès à la littérature scientifique que les deux autres groupes.

Des pairs (les enfants et les adolescents)

L'adolescence est une période de la vie au cours de laquelle les individus sont très sensibles à l'opinion de leurs pairs. Ils ont tendance à rechercher leur approbation. Les préoccupations liées à la stigmatisation sont particulièrement importantes pour les adolescents. Leur perception de la stigmatisation peut empêcher la recherche d'aide et/ou entraîner l'arrêt immédiat d'un traitement. Les symptômes du TDAH peuvent avoir un impact négatif sur la manière dont les pairs vont percevoir et interagir avec un individu présentant un TDAH. Ce qui peut à son tour affecter le fonctionnement scolaire, social et comportemental de cet individu (DuPaul & Stoner, 2003). Les symptômes du TDAH peuvent avoir des répercussions sur la qualité des interactions sociales et entraînaient indirectement une altération significative de la qualité des relations (McConaughy, 2011). Les interventions visant à réduire la stigmatisation liée au TDAH peuvent être particulièrement importantes au moment de l'adolescence. En effet, la tâche développementale de consolidation de l'identité sensibilise les adolescents aux croyances négatives de la population générale à leur égard (Kellison, 2010).

Une étude utilisant l'IAT (Implicit Association Test : test permettant de mesurer les attitudes implicites) a montré que les enfants et les adolescents perçoivent de manière plus négative des pairs souffrant de TDAH que des pairs souffrant de dépression, à l'exception des critères de peur et de dangerosité perçue (O'Driscoll, 2012). De plus, les adolescents de sexe masculin ont présenté des évaluations implicites négatives de la dépression significativement plus élevées que les adolescentes et les garçons plus jeunes.

Une enquête nationale auprès d'enfants et d'adolescents (âgés de 8 à 18 ans) a mis en évidence qu'ils étaient plus susceptibles de faire des attributions négatives (tels que le comportement antisocial, la violence) à des pairs présentant un TDAH et une dépression qu'à des pairs présentant un asthme (Walker, 2008). De plus, les participants ont exprimé le désir de maintenir une distance sociale par rapport à leurs pairs présentant un TDAH ou une dépression.

Concernant les intentions comportementales de collégiens (volonté de dialoguer) à l'égard de leurs pairs présentant un TDAH, une étude basée sur des vignettes descriptives a montré que les participants étaient plus disposés à dialoguer avec un pair ne présentant pas de symptômes

de TDAH dans le cadre des activités académiques. Cependant aucune différence n'a été observée dans le cadre des activités sociales et récréatives (Ogg, 2013). Une autre étude menée chez des enfants âgés de 11 à 12 ans a mesuré l'impact de l'étiquette diagnostique sur les attitudes et les intentions comportementales à l'égard d'un pair hypothétique prénommé Anon, du même âge, de genre « neutre » et présentant des symptômes de TDAH (Law, 2007). La majorité des enfants (85%) ont perçu le pair comme étant un homme, et ils ont principalement adopté une attitude négative. Le genre masculin suggère que les enfants de sexe masculin présentant des comportements externalisés sont plus vulnérables aux attitudes négatives de leurs pairs. Néanmoins, l'étiquetage n'a pas affecté le degré de volonté des enfants à s'engager dans diverses activités avec Anon.

Kellison et al. (2010) ont évalué auprès d'une population d'adolescents (à risque plus ou moins élevé de TDAH) un questionnaire sur « les perceptions de la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH ». Les résultats ont montré que la stigmatisation liée au TDAH est importante. De plus, une perception accrue de la stigmatisation chez un individu avec TDAH contribuerait à augmenter le risque qu'il développe des troubles internalisés. L'identification des facteurs entraînant des troubles internalisés chez les enfants et adolescents avec TDAH est essentielle. En effet, les enfants ayant une comorbidité associée au TDAH présentent un handicap social plus important que ceux sans comorbidité (Blackman, 2005). Ces résultats peuvent être mis en lien avec ceux de Mueller (2012) pour qui la stigmatisation avait été conceptualisée comme un facteur de risque sous-estimé. De plus, un individu avec un problème de santé mentale peut considérer que les croyances négatives de la population générale à son égard sont légitimes, et par conséquent éprouver des réactions émotionnelles négatives (« image de soi négative ») et/ou éviter de rechercher de l'aide (Ruesch, 2005).

La stigmatisation vécue par les familles d'enfant avec un TDAH

La stigmatisation ne concerne pas que les personnes directement concernées mais aussi les personnes qui lui sont affiliées (Goffman, 1963). Pour illustrer ce propos, nous avons choisi de limiter le nombre d'études présentées. Taylor & Leitman (2003) ont montré que la peur de la stigmatisation sociale (« être étiqueté ») et le manque de connaissances sur le TDAH étaient susceptibles de limiter la recherche d'un diagnostic médical et d'un traitement dans une population de parents d'origine américaine et espagnole. Dans l'étude de DosReis (2010),

77% des parents d'enfant ayant reçu un diagnostic récent de TDAH ont verbalisé avoir vécu des expériences stigmatisantes en lien avec le diagnostic de leur enfant. La moitié des parents s'inquiétait de la façon dont la société étiquèterait leur enfant, 40% éprouvaient des sentiments d'isolement social et de rejet, et 21% estimaient que les professionnels de santé et le personnel scolaire méprisaient leurs préoccupations. L'attitude des parents à l'égard du traitement du TDAH a été modelée par leur exposition à des médias « négatifs », leur méfiance à l'égard des évaluations médicales et par l'influence des opinions du grand public.

Connaissances et représentations mentales sur le Trouble du Spectre Autistique (TSA)

La reconnaissance de l'autisme en tant que diagnostic apparaît en 1980 dans le DSM-III (3^e classification de l'Association Américaine de Psychiatrie). Le diagnostic d'autisme est établi si tous les critères diagnostiques sont remplis. La version révisée, le DSM-III-R, élargit le diagnostic d'autisme en apportant la possibilité de ne remplir qu'une partie des critères. En 1994, le DSM-4 est publié. L'autisme est inclus dans « les troubles envahissants du développement » (TED). En 2013, le DSM-5 introduit une nouvelle appellation « le trouble du spectre de l'autisme » (TSA). Le TSA est caractérisé par des « troubles de la communication sociale » et des « comportements restreints et répétitifs ». Les symptômes du TSA peuvent varier en termes de sévérité. Le diagnostic de TSA peut être posé aussi bien sur un enfant non verbal avec une déficience intellectuelle et des troubles sévères du comportement que sur un adulte présentant un « syndrome d'Asperger » qui est verbal et dispose de capacités cognitives supérieures à la moyenne (Dachez, 2016). Ainsi, la disparité clinique va déterminer la façon dont les personnes avec TSA sont perçues par la population.

Vers le milieu des années 1990, les changements dans les classifications internationales et américaines ont donné lieu à un élargissement des critères diagnostiques (Chamak, 2011 ; Dachez, 2016). Les représentations liées à l'autisme ont changé et le degré de stigmatisation lié à la maladie a diminué dans certains pays. Pour rappel, jusqu'en 2000 la classification française incluait l'autisme dans la catégorie « psychose ». A partir de l'année 2000, la classification française a introduit les termes de « troubles envahissants du développement » et de « spectre autistique ». Ces termes étaient utilisés pour qualifier aussi bien le comportement de personnes sans langage avec déficience intellectuelle, que celui de

personnes avec langage sans déficience intellectuelle. On observe dès lors une baisse progressive du degré de stigmatisation (Chamak, 2011).

De la population générale (les adultes)

Les troubles du comportement associés à l'apparence physique normale des enfants autistes, ainsi qu'au manque général de connaissances et de compréhension du trouble du spectre de l'autisme ont contribué à augmenter le degré de stigmatisation envers ces enfants (Gray, 1993). Les comportements inadaptés des enfants autistes sont généralement considérés comme des formes de désobéissance plutôt que des symptômes de leur trouble.

L'autisme étant considéré comme l'un des troubles du neurodéveloppement les plus compliqués à diagnostiquer et à prendre en charge, certains professionnels de santé de première ligne se sentent en difficultés avec ce trouble et y attribuent des étiquettes négatives. On peut citer les termes suivants : « délicat », « sujet sensible » ou « diagnostic lourd » (Nissembaum, 2002). Une recherche récente évaluant la stigmatisation à l'égard des étiquettes « TSA » et « Syndrome d'Asperger » dans une population d'américains a mis en évidence que de meilleures connaissances sur le TSA étaient corrélées à de plus faibles niveaux de stigmatisation (Ohan, Ellefson, & Corrigan, 2015). Dans cette étude, les participants avaient de bonnes connaissances de base sur l'autisme. L'étiquette n'a pas eu d'impact sur la stigmatisation et n'a pas augmenté les perceptions négatives de la population générale. Cependant, elle a eu un impact sur les attitudes à l'égard du traitement : augmentation de la recherche d'aide ainsi que l'optimisme vis à vis de la réussite du traitement. Selon les auteurs, les faibles niveaux de stigmatisation retrouvés seraient en partie dus à un bon niveau de confiance des répondants en leurs connaissances sur le TSA.

Une étude menée en Irlande du Nord (Dullenburger, 2013) a montré des niveaux élevés de sensibilisation à l'autisme. En effet, plus de 80% des répondants avaient des connaissances sur le TSA, et plus de 60% connaissaient une personne présentant un TSA dans leur entourage familial, amical ou professionnel.

Une étude a mis en évidence que les enfants avec TSA et leurs parents seraient davantage stigmatisés lorsque les individus ne sont pas informés du diagnostic de l'enfant (Sherrell, 2012). En effet, lorsque les participants à l'étude ont été informés du diagnostic d'autisme, ils ont moins blâmé l'enfant pour son comportement, ils ont éprouvé davantage de pitié, ils ont moins fait de reproche à la mère, ils l'ont jugée plus compétente et ils ont pensé qu'elle devrait

avoir moins honte du comportement de son fils. De plus, la difficulté à identifier avec précision les enfants présentant un TSA en raison de l'absence de symptômes physiques entraînerait une plus grande stigmatisation de la part de la communauté en raison de la supposition erronée que l'enfant se comporte mal. Ces résultats corroborent ceux de Gray (1993).

Une enquête nationale française (Durand-Zaleski, 2012) portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis de la schizophrénie, des troubles bipolaires et de l'autisme a mis en évidence que les attitudes à l'égard des troubles bipolaires et de l'autisme entraînaient moins de préjugés qu'à l'égard de la schizophrénie. D'autre part, il semblerait que la majorité des attitudes et des comportements de la population générale à l'égard de ces différents troubles repose sur des hypothèses plutôt que sur des connaissances. 44% des participants pensaient que l'autisme est dû à des facteurs génétiques, 23% que l'autisme est déclenché par des événements de vie stressants et 22% que c'est la relation parent-enfant qui en est à l'origine. Les participants étaient 22% à considérer qu'une personne autiste peut être dangereuse pour elle-même, et 25% qu'elle ne peut pas travailler.

L'étude de Dachez (2016) a mis en avant une représentation sociale de l'autisme : « l'autisme serait une maladie qui enferme la personne mutique dans une bulle ». Cette représentation sociale négative est très influencée par une vision pathologique du TSA. Les deux populations de l'étude (une en contact avec des enfants avec TSA et l'autre non) ont retrouvé des représentations sociales négatives et pathologiques, ce qui suggère que le contact avec des enfants présentant un TSA n'a pas eu d'influence sur les représentations sociales de ces deux populations. Néanmoins, cette représentation est plus stéréotypée et moins structurée dans la population qui n'était pas en contact avec des enfants TSA. Ainsi, il semble essentiel de favoriser le contact entre les individus avec TSA et les individus sans TSA, et de « dépathologiser » la façon dont le trouble du spectre de l'autisme est considéré au sein de la société. La représentation sociale de l'autisme est fondamentale, car elle est susceptible d'apporter des informations concrètes qui permettront de favoriser l'inclusion des personnes avec TSA au sein de la société.

La culture a une influence sur la stigmatisation et les idées fausses associées au TSA. En effet, des groupes issus de culture différente ont des niveaux de compréhension et de connaissances différents. De plus, le type et le degré de stigmatisation sont susceptibles de varier d'une

culture à l'autre. Une étude récente américaine utilisant le questionnaire ASK-Q (Sheri Stronach, 2018), menée auprès de la population générale et des étudiants américains, a montré que la majorité des participants présentaient une faible stigmatisation à l'égard de l'autisme, contrairement à l'étude de validation du questionnaire (Harrison, 2017). Une étude comparant des étudiants américains et libanais a révélé que les étudiants américains étaient moins stigmatisants que les étudiants libanais et qu'ils avaient plus de connaissances sur le TSA (Obeid, 2015). Les idées fausses étaient spécifiques à chacun des deux groupes d'étudiants : les étudiants libanais étaient plus susceptibles de croire que les individus avec TSA manquent d'intérêt pour les interactions sociales, qu'ils sont volontairement peu coopératifs, et que le TSA est du à une mauvaise éducation ; les étudiants américains pensaient plus souvent que l'ensemble des individus avec un TSA ont des difficultés d'apprentissage, et que les inégalités socio-économiques n'entravent pas l'accès à des services de soins. Une autre étude a montré que des étudiants japonais seraient plus susceptibles d'attribuer l'autisme à une mauvaise éducation, et à des mutations génétiques « de novo », tandis que des étudiants américains seraient plus susceptibles d'attribuer l'autisme à une hérédité génétique (Someki, 2018). Les étudiants américains et japonais ont des domaines de compétences différents concernant le TSA qui seraient liés à des différences interculturelles.

L'origine ethnique peut également influencer la stigmatisation. L'étude d'Anglin et al. (2006) a révélé que les Afro-Américains adoptaient des attitudes plus stigmatisantes envers la maladie mentale que les Américains Caucasiens, même en tenant compte de l'âge, des opinions politiques, de l'éducation et du revenu familial.

Dans la majorité des cultures africaines, les manifestations de l'autisme font l'objet d'une interprétation évoquant la malédiction et/ou la présence d'esprits impurs. Les personnes qui vivent en milieu urbain ont des représentations d'une certaine complexité, par rapport à ceux qui vivent en milieu rural. Au sein des communautés congolaises, les enfants souffrant d'autisme sont assimilés à ceux présentant un retard mental et/ou une surdité. Certains d'entre eux bénéficient du diagnostic social de la sorcellerie du fait de la déviance de leurs comportements (Ebwel, 2010 ; Bankole, 2016). Dans la culture nigériane, la religion a une influence évidente sur le TSA. En effet, la pratique de l'exorcisme reste couramment employ e dans les communautés rurales (Nwokolo, 2010). En Arabie Saoudite, les parents attribuant l'autisme « au mauvais  il » demandent à des guérisseurs religieux d'intervenir (Alqahtani, 2012). Une étude menée au Bengladesh a r v l e que plus de 50% des participants

vivants en milieu rural pensaient que l'autisme est causé par « un mauvais esprit », et que le TSA nécessite l'intervention de guérisseurs traditionnels.

Des enseignants

Le droit à la scolarisation « dans l'établissement le plus proche du domicile de tout élève présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé » établi par la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées » a bousculé les pratiques, les représentations et les habitudes professionnelles des enseignants (Gombert, 2011). L'inclusion scolaire en milieu ordinaire implique des changements au sein des écoles, notamment une adaptation de l'environnement et une redéfinition des rôles adoptés habituellement par le corps enseignant. L'inclusion scolaire concerne tous les professionnels intervenant auprès de l'enfant en situation de handicap (Bélangier, 2010). Les représentations des enseignants quant au TSA et quant à leurs propres compétences ont un impact sur la réussite de l'inclusion scolaire (Cappe, 2014). Le contexte d'inclusion scolaire d'élèves ayant un TSA peut être particulièrement stressant pour les enseignants, en raison de leur manque de formation sur le TSA et de leur sentiment d'incapacité à répondre convenablement aux besoins particuliers de ces élèves. En revanche, il semblerait que les enseignants plus expérimentés et formés soient moins stressés et plus confiants quant à leur capacité à gérer les élèves présentant un TSA. D'autre part, le sentiment d'auto-efficacité joue un rôle sur la façon dont les enseignants perçoivent leur expérience, confirmant de ce fait l'utilité de proposer aux enseignants des formations permettant le développement de connaissances sur le TSA et sur la pédagogie adaptée à ces élèves (Cappe, 2014). Une étude québécoise a montré que certains enseignants peuvent être troublés à l'idée d'accueillir un élève autiste dans leur classe (Ruel, 2014). En effet, les caractéristiques particulières de ces élèves et leurs comportements inhabituels peuvent complexifier leur scolarisation en classe ordinaire (Poirier, 2005).

Dans un contexte d'évolution des critères diagnostiques de l'autisme, Stone (1988) s'est intéressée aux points de vue des enseignants travaillant avec des enfants présentant un TSA et des parents d'enfants avec un TSA. Les participants ont répondu à une enquête sur les croyances relatives aux divers aspects de l'autisme « the Autism Survey » (Stone, 1987). L'ensemble des participants présentait des idées fausses concernant les caractéristiques cognitives, développementales et émotionnelles de l'autisme. Les parents étaient plus

susceptibles de penser que l'autisme est une pathologie transitoire qui disparaît quand l'enfant grandit, et ils étaient moins susceptibles de reconnaître la présence d'un éventuel retard mental. Une étude menée en Turquie auprès de 540 jeunes enseignants (Rakap, 2016) a montré que des idées fausses concernant les causes de l'autisme subsistent parmi les enseignants : 10 à 19% ont évoqué un manque de réactivité maternelle et 8 à 17% des problèmes sociaux (tels que le statut socioéconomique) comme causes majeures de l'autisme. De plus, cette étude a mis en avant une connaissance limitée de l'autisme et de ses caractéristiques. La majorité des enseignants savaient que l'autisme est causé par des anomalies cérébrales, et que la génétique joue un rôle important. De plus, 60 à 80% des enseignants pensaient que les enfants avec autisme devraient bénéficier d'une inclusion en milieu scolaire ce qui est en accord avec les recommandations actuelles.

Les résultats de plusieurs études ont montré que les enseignants manquent de connaissances sur le TSA (Helps, 1999 ; Stone, 1988). La majorité des enseignants attribuent ce manque de connaissances à un manque de formation sur l'autisme (Helps, 1999). Le questionnaire « Autism Survey » (Stone, 1987) est un instrument utile dans le recueil d'informations sur les connaissances et les opinions des professionnels de santé et autres professionnels (enseignants) à l'égard de l'autisme.

La région géographique aurait un lien avec le niveau de connaissances des enseignants sur le TSA. Une étude menée en Chine chez des enseignants à l'école maternelle (Liu, 2016) a montré que les connaissances sur le développement normal de l'enfant et les connaissances sur le TSA étaient liées à la région géographique : les enseignants de Guangzhou avaient de meilleures connaissances que ceux de Foshan. D'autre part, la majorité des participants (84%) a correctement répondu à plus de 50% des questions évaluant la compréhension du développement normal de l'enfant, mais 83% ont répondu faux à plus de 50% des questions évaluant les connaissances sur le TSA. Comme dans d'autres études, la majorité des participants souhaitait recevoir une formation spécialisée sur le TSA.

Des soignants

Une étude française OpinionWay (2010) a évalué les connaissances et la perception de l'autisme auprès de professionnels de santé et dans la population générale. 23% des médecins pensaient que les enfants autistes ont une psychose (Cf. Classification Française avant les

années 2000) et 6% pensaient qu'il est schizophrène, 56% du grand public pensaient qu'il est atteint d'un trouble neurologique ; 90% des médecins ont déclaré connaître au moins un des signes du TSA, contre 71% du grand public ; les difficultés à communiquer étaient le principal signe connu de l'autisme (87% des médecins, 65% du grand public), mais on retrouvait également les troubles du comportement (29% des médecins, 16% du grand public) ; concernant la prévalence de l'autisme la majorité des répondants ignorait la réponse ; concernant l'âge auquel le diagnostic médical d'autisme peut être porté 79% des médecins et 62% du grand public ont répondu entre 2 et 3 ans, on observe donc une bonne estimation dans les deux groupes mais en pratique le diagnostic n'est pas forcément posé en raison d'une méconnaissance des symptômes.

Dans une autre étude française évaluant les représentations du TSA, les chercheurs ont retrouvé la même définition de l'autisme chez des professionnels de santé et chez des étudiants en licence de psychologie (I. Unsaldi-Cordier). L'autisme était plutôt défini comme un trouble psychologique et/ou relationnel avec des causes d'origine psychologique. Les signes retenus comme étant les plus caractéristiques de l'autisme étaient l'absence de regard, de sourires, de jeu, d'expressions faciales, d'intérêt pour les autres. L'association la plus connue était la déficience intellectuelle. L'application des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des enfants avec TSA n'était pas connue pour la plupart des participants. D'autre part, nous avons observé une amélioration des connaissances ainsi qu'une modification des représentations sociales de l'autisme dans les groupes qui ont bénéficié d'une formation sur l'autisme.

Dans des structures éducatives de la ville de Hong Kong, une étude a montré que les réponses intentionnelles (aidantes / punitives) des éducateurs vis-à-vis d'enfants avec TSA étaient fortement liées à leurs propres réactions émotionnelles. Ces résultats suggèrent qu'il est important de former les éducateurs à la régulation émotionnelle, afin de contribuer à la réduction de la stigmatisation liée à l'autisme (Ling, 2008). Il semblerait que la qualité et la quantité des interactions avec des personnes présentant un TSA susciteraient des attitudes plus positives et une meilleure acceptation de ces personnes (Gardiner & Iarocci, 2014).

La stigmatisation vécue par les familles d'enfant avec un TSA

La stigmatisation ne concerne pas que les personnes directement concernées, mais aussi les personnes qui leur sont affiliées, ce que Goffman appelle la stigmatisation de courtoisie (Goffman, 1963). Dans son étude sur la stigmatisation perçue par les parents d'enfants autistes, David E. Gray (1993) a mis en évidence que la plupart des parents se considéraient eux-mêmes stigmatisés par le trouble de leur enfant, et que les mères avaient tendance à se sentir plus stigmatisées que les pères. Les parents d'enfants avec un TSA ressentent une stigmatisation importante à cause du comportement socialement inapproprié de leurs enfants (Gray, 1993, 2002). Les transgressions des normes sociales peuvent conduire à des sentiments de honte, d'humiliation, d'isolement ainsi qu'à l'exclusion des activités sociales. L'apparence physique normale des personnes avec un TSA rend ces comportements plus stigmatisants pour les parents (Gray, 2002). Ainsi, la stigmatisation vécue par les parents d'enfants avec TSA peut limiter la recherche d'aide.

La stigmatisation liée à l'autisme a un impact significatif et complexe sur la santé mentale des aidants (Papadopoulos, 2018). La stigmatisation est un prédicteur de la qualité de vie des parents. En effet, des taux augmentés de stigmatisation perçue sont significativement prédictifs d'une baisse de la qualité de vie des parents (Morgen Yasuhiro Aita, 2018).

Une étude portant sur la stigmatisation associée chez des aidants familiaux de personnes avec un TSA, avec un handicap physique et avec une déficience intellectuelle (en Israël) a montré que la stigmatisation était relativement faible, mais qu'elle était plus élevée chez les aidants de personne atteinte de TSA (Werner & Shulman, 2015).

Dans une étude menée à Hong Kong, l'internalisation de la stigmatisation par les parents d'enfants avec TSA s'est avérée être importante (Mak, 2010). D'autre part, le soutien des proches et des amis a permis de réduire le degré de stigmatisation des parents. Cette étude a mis en évidence un lien significatif entre le soutien et le bien être psychologique. Par ailleurs, le partage de la stigmatisation entre les membres de la famille peut être plus important au sein des familles chinoises, pour lesquelles les liens familiaux et l'interdépendance sont des valeurs importantes (Li et al., 2008).

Dans les pays en voie de développement, les personnes souffrant de maladie mentale et leur famille sont généralement stigmatisées par la population générale. Ils peuvent être victimes de

dévaluation sociale, de discrimination et d'injustice (Soron, 2015). Les parents d'enfants TSA vivants dans des pays à faible revenu sont victimes de stigmatisation sociale pour avoir un enfant avec TSA ou une maladie mentale.

Le diagnostic de TSA est essentiel pour les parents car il les aide à lutter contre la stigmatisation (Farrugia, 2009). L'étude de Farrugia a mis en évidence que les parents d'enfants avec TSA subissent une stigmatisation considérable, mais qu'ils peuvent lutter contre cette stigmatisation en utilisant des connaissances médicales pour exprimer leurs points de vue sur le sujet. Cela leur permet d'expliquer ce que sont les TSA en apportant des arguments, et ainsi cela leur permet de donner une explication à la différence de leur enfant.

Les médias

Les journaux constituent un média clé de l'information publique. La presse peut jouer un rôle dans la stigmatisation de la santé mentale, mais les journalistes ont aussi la possibilité de modifier les représentations et d'améliorer la connaissance de la population générale en fournissant un contenu juste, équilibré et non discriminatoire (Hinshaw, 2007). L'étude d'Avery E. Holton (2014) met en avant la récurrence d'indices stigmatisants concernant l'autisme dans les actualités véhiculées par les médias. En effet, les journalistes auraient tendance à se fier aux étiquettes et aux symptômes psychiatriques pour parler du TSA. L'image de « déficit » (conséquences négatives de l'autisme) était présente dans plus de 50% des articles analysés. Des représentations précises et sans stigmatisation sont essentielles au processus de réduction de la stigmatisation.

Les médias télévisés (films, séries) contribuent à alimenter la stigmatisation à l'égard des personnes TSA. Le plus souvent ils véhiculent une image stéréotypée par le biais de personnages de films tel que Rain Man (Draaisma, 2009, 2014) ou d'un enfant seul, « dans sa bulle », décrit comme incomplet et prisonnier de ses symptômes (Sarrett, 2011). Selon Sarrett, l'image de la pièce de puzzle qui est associée à l'autisme traduit bien l'idée d'une incomplétude qui peut et doit être comblée et réparée via des prises en charge intensives.

Les Théories Implicites

Définitions : les Théories Implicites

En 1988, Dweck et ses collègues ont élaboré un modèle socio cognitif de réussite et de motivation. Le postulat central de ce modèle est que les individus peuvent être caractérisés par des théories implicites qui sont au nombre de deux : la théorie de l'entité et la théorie incrémentielle. Le concept des théories implicites a été défini par Carol S. Dweck. Ce concept correspond à notre perception et à notre compréhension intuitive des caractéristiques humaines. En effet, les individus ont différentes représentations des caractéristiques humaines (par exemple : l'intelligence, la personnalité). Les individus adhérant à une théorie incrémentielle pensent que les caractéristiques humaines peuvent évoluer dans le temps, se développer par le travail et par la mise en place de stratégies, tandis que les individus adhérant à une théorie de l'entité pensent que ces caractéristiques sont stables dans le temps et peu modifiables.

Les théories implicites s'appliquent à de nombreux domaines (l'intelligence, la personnalité, les émotions...), et elles sont spécifiques d'un domaine (Cabello & Fernandez-Berrocal, 2015). Les deux théories ne sont pas mutuellement exclusives, elles peuvent coexister à des degrés divers : les personnes peuvent présenter simultanément une croyance entité et une croyance incrémentale (Molden & Dweck, 2006).

Les Théories Implicites de l'Intelligence

En fonction de son histoire, chaque individu se crée ses propres croyances sur la nature de son intelligence : ce sont ces conceptions « naïves ». Ces croyances sont appelées « théories implicites de l'intelligence ». Elles constituent une base de raisonnement et de compréhension qui va permettre à l'individu de comprendre et de réagir face à des informations liées à l'apprentissage. Selon Dweck et al. (1988), les croyances relatives à la nature de l'intelligence ont un impact très puissant sur les attributions et le comportement des élèves en situation d'apprentissage. Ces théories implicites de l'intelligence constituent la force motivationnelle la plus importante dans les situations d'accomplissement scolaire.

Les théories implicites de l'intelligence sont au nombre de deux.

La théorie de l'entité de l'intelligence

Elle correspond à la croyance selon laquelle l'intelligence est l'expression de qualités de base relativement stables et générales, liées à un don, définissant un trait fixe et non contrôlable, que l'on ne peut pas changer.

Les élèves qui développent cette théorie pensent que bien qu'ils puissent apprendre de nouvelles choses, leur niveau d'intelligence sous-jacent change peu ou reste le même.

Leur attention est focalisée sur les résultats, qu'ils vont interpréter comme un indice de leur intelligence. Ces élèves auront tendance à attribuer leurs faibles performances à de médiocres capacités intellectuelles.

Face à un échec, ces élèves montreront une faible persévérance. Ils auront tendance à éviter les défis qui risquent de révéler leur incompetence. Ils sont moins enclins à accepter ou demander de l'aide face à un échec. Il s'agit de stratégies de protection de l'estime de soi.

La théorie incrémentielle de l'intelligence

Elle correspond à la croyance selon laquelle l'intelligence est une qualité malléable, améliorable et contrôlable que l'on peut développer grâce à l'effort et au travail. Pour ces élèves, l'essentiel est d'apprendre de nouvelles choses et d'augmenter leurs capacités. Ils persévèrent devant la difficulté, recherchent des défis ou de nouvelles tâches qui leur permettent de progresser (Da Fonseca, 2018). Les mauvais résultats sont des indicateurs de ce qu'ils doivent travailler. Ainsi, ils attribuent leurs erreurs à des processus spécifiques comme le manque d'effort ou de stratégies, et face à un échec, ils utilisent des stratégies adaptées. Ils sont en mesure de demander et d'accepter de l'aide.

Plusieurs études se sont intéressées aux conséquences affectives des théories implicites de l'intelligence. Cury et al. (2006), Elliot et al. (1997), et Zhao et al. (1994) ont démontré que les théories incrémentielles de l'intelligence génèrent des états affectifs d'appétence (intérêt et plaisir ressenti) qui entraînent des conduites positives pour l'apprentissage. A l'inverse, les théories de l'entité de l'intelligence induisent un plus grand nombre d'états affectifs d'aversion (tension ressentie, anxiété) qui vont générer des conduites d'évitement.

Au total, les théories implicites de l'intelligence permettent de mieux comprendre les émotions, les cognitions et les comportements des élèves engagés dans des situations où leurs compétences personnelles sont en jeu. La théorie incrémentielle (versus théorie de l'entité)

augmente la motivation des étudiants pour l'apprentissage et les conduit à rechercher les défis plutôt qu'à les éviter (Turner & Patrick, 2004), ce qui augmente leur persévérance et leurs performances.

L'influence des théories implicites de l'enseignant

Plusieurs études rapportent que la qualité de la motivation des étudiants dépend au moins en partie de leurs relations avec leur enseignant et du climat établi par celui-ci dans la classe (Black & Deci, 2000 ; Reeve & Jang, 2006). Lorsque les enseignants présentent une théorie de l'entité des compétences académiques, cela empêche l'installation d'un climat favorable à l'autonomie dans leur classe, ce même climat qui permet aux étudiants de développer leur motivation intrinsèque. A l'opposé, la croyance que les compétences des élèves peuvent être améliorées par leurs efforts facilite ce climat de manière indirecte, en agissant positivement sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants (Leroy, 2007).

De plus, les adultes présentant une théorie incrémentielle (malléable) sont plus ouverts aux informations concernant le changement dans le temps (Heslin, 2005; Plaks, 2001), contrairement aux adultes présentant une théorie de l'entité qui ont plus tendance à percevoir les traits comme stables.

Rattan, Good & Dweck (2012) ont montré que les enseignants en mathématiques ayant une théorie incrémentielle concluent moins rapidement que leurs élèves ont de faibles capacités. Par rapport aux enseignants ayant une théorie de l'entité, ils ont tendance à leur donner plus de travail à la maison, à les interroger afin de promouvoir leur engagement dans cette matière. Les étudiants, en réponse à ces retours stimulants, perçoivent la théorie incrémentielle et les attentes élevées de leurs enseignants et ont tendance à augmenter leur motivation.

En 2015, Mascaret et al. ont exploré les théories implicites des enseignants à l'aide d'un test implicite « ST-IAT : Single Target Implicit Association Test ». Leurs résultats ont mis en avant qu'il y avait chez les enseignants en science une association implicite négative entre intelligence et des stimuli de la catégorie modifiable, alors que les enseignants de français et d'histoire (arts libéraux) ne montraient aucun lien entre ces deux variables. Ces résultats corroborent ceux d'études antérieures menées dans le domaine de l'éducation avec des mesures explicites qui avaient montré que l'intelligence était plus souvent considérée par les enseignants de sciences comme innée et stable que par d'autres enseignants (Jonsson, 2012 ;

Myers, 2003). D'après Myers (2003), la discipline des enseignants pourrait avoir une influence sur leurs préférences en matière de théories implicites. Ils suggèrent que les théories d'entités pourraient être plus fréquentes dans la discipline des mathématiques par rapport à d'autres disciplines telles que les sciences sociales et les matières pratiques. L'étude menée par Jonsson a mis en avant les mêmes résultats. Les études ethnographiques de Beach (2003) et de Beach & Dovemark (2007) ont montré que les compétences en mathématiques sont souvent perçues comme une capacité « innée » par les professeurs de mathématiques et les étudiants en mathématiques.

Les théories implicites et la réussite scolaire

Plusieurs études ont démontré qu'il y avait **une corrélation entre les théories implicites de l'intelligence et les résultats scolaires des étudiants** (Burnette et al., 2013). Les études ont mis en évidence qu'une théorie de l'intelligence plus malléable et dynamique a tendance à être associée à des taux plus élevés d'engagement dans la scolarité (Martin et al., 2013), à des buts d'apprentissage orientés vers l'amélioration (Dweck, 1999), à des stratégies orientées vers la maîtrise (Burnette et al., 2013), au dépassement des difficultés individuelles (Alesi et al., 2015), à moins de comportements d'auto handicap (Martin, 1998) et à la réussite scolaire (Burnette et al., 2013 ; Müllensiefen et al., 2015). De même, dans une méta analyse de 2018, Ana Costa et Luisa Faria montrent qu'indépendamment de leur niveau de QI, les étudiants ayant une théorie incrémentielle sont plus à même d'avoir des notes plus élevées dans des domaines spécifiques (langues, littérature et mathématiques) et d'avoir **une meilleure réussite globale** (Costa & Faria, 2018). Une autre étude a montré qu'une induction de la théorie incrémentielle chez des adolescents augmentait leur performances à un test de QI, montrant ainsi l'impact concret des théories implicites et mettant en évidence **une corrélation entre la croyance en la malléabilité de l'intelligence et les performances** à un test mesurant cette même intelligence (Cury et al., 2006).

Dans une étude évaluant le lien entre **les théories implicites de l'intelligence et le bien-être**, les auteurs ont montré que les théories fixes de l'intelligence augmentaient les émotions négatives à l'école et diminuaient la réussite scolaire et l'estime de soi. En revanche, les théories incrémentielles de l'intelligence étaient des prédicteurs positifs des émotions positives, de l'estime de soi, de l'harmonie relationnelle et de la réussite scolaire (King, 2012).

Les théories implicites et les stéréotypes

Depuis quelques années, plusieurs auteurs ont évalué les liens entre les théories implicites et les stéréotypes. Levy & Stroessner (1998) ont montré que des individus ayant une théorie de l'entité adhèrent plus fortement aux stéréotypes raciaux qu'ils soient positifs ou négatifs, bien que les individus ayant une théorie de l'entité et ceux ayant une théorie incrémentielle aient la même connaissance des stéréotypes raciaux. En effet les individus ayant une théorie de l'entité émettent des jugements plus rapidement que des personnes ayant une théorie incrémentielle et seulement à partir de quelques informations préliminaires. Ils se disent satisfaits de la qualité et la quantité des informations fournies qui leur ont permis de tirer ces conclusions. Cette manière de juger un groupe social se réalise également de manière plus extrême sur des critères globaux (bon ou mauvais) ou spécifiques (sérieux, méticuleux, intelligent). Ces perceptions différentes des groupes en fonction de la théorie implicite sont également évidentes lors d'un interrogatoire ouvert concernant le groupe social étudié. Les individus ayant une théorie de l'entité utilisent plus de qualificatifs différents pour décrire le groupe social et choisissent des termes plus extrêmes par rapport à ceux qui adhèrent à une théorie incrémentielle. Une autre étude a montré qu'ils perçoivent les membres d'un même groupe comme étant plus similaires voire interchangeables, le groupe étant considéré comme très homogène avec une faible variabilité entre les individus (Rydell, 2007).

Il existe des liens significatifs entre les théories implicites de l'intelligence et les stéréotypes raciaux. Elles semblent même avoir une influence sur la menace du stéréotype qui représente l'effet psychologique qu'un stéréotype peut avoir sur une personne visée par celui-ci (Aronson, 2002). Dans une étude récente évaluant l'intelligence verbale, l'expression plus marquée de la théorie de l'entité chez des allemands d'origine turque les rendaient plus sensibles à la menace du stéréotype et impactait leurs résultats de manière négative. En revanche, des étudiants originaire d'Allemagne étaient marqués d'un effet positif du stéréotype, c'est à dire d'une augmentation de leurs performances (Froehlich, 2016). Ces études attestent de l'impact négatif des croyances sur les performances.

Cependant, il semble tout à fait possible de limiter ces effets néfastes des stéréotypes en valorisant une conception des capacités malléables et évolutives. Ainsi, des auteurs ont pu démontré qu'en induisant chez des étudiants noirs américains une théorie implicite

incrémentielle de l'intelligence, ceux-ci rapportaient plus de motivation et de plaisir à étudier et de meilleurs résultats que les groupes contrôle (Aronson, 2002). De même Froehlich (2016), ont démontré l'effet modérateur des théories implicites de l'intelligence sur la menace du stéréotype.

Les théories implicites et la maladie mentale

La notion de « maladie mentale » étant ubiquitaire et inhérente à la nature humaine on peut définir les théories implicites de la maladie mentale comme les représentations intuitives qu'un individu se fait de la maladie mentale, qui peuvent être fixes (théorie de l'entité) ou malléables (théorie incrémentielle). Comme dans d'autres domaines (intelligence, personnalité) on retrouve deux théories implicites : la théorie incrémentielle pour laquelle la maladie mentale est considérée comme modifiable et la théorie de l'entité pour laquelle la maladie mentale est considérée comme fixe et non modifiable.

A notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur les théories implicites des troubles du neurodéveloppement. Dans cette étude, nous étudierons les représentations mentales des soignants et des enseignants sur la malléabilité des troubles neurodéveloppementaux que sont le TDAH et le TSA.

L'espoir

« La psychologie positive est l'étude des conditions et des processus qui contribuent à l'épanouissement (fonctionnement optimal) des personnes, des groupes et des institutions » (Delas, Martin-Krumm, 2014). La psychologie positive regroupe sous une même dénomination l'ensemble des études portant sur la compréhension et l'optimisation du potentiel humain. On peut y inscrire des concepts comme le bien-être, le sens, la satisfaction, l'espoir et l'optimisme.

L'espoir fait partie des facteurs qui vont être impliqués à la fois dans la réussite, l'épanouissement et le fonctionnement optimal des personnes (Delas, Martin-Krumm, 2014). Différentes conceptions de l'espoir coexistent. L'espoir peut s'apparenter à un trait de personnalité. On parle « d'espoir de trait » pour faire référence à un niveau d'espoir

relativement stable (Snyder, Harris, 1991). Mais le niveau d'espoir peut également varier selon les moments, les contextes et les situations et relever d'un état ponctuel, on parle alors « d'espoir état » (Snyder, 1996). Ce niveau d'espoir reflète l'état d'esprit du sujet à un moment particulier de sa vie.

Pour Snyder, l'espoir est un concept qui se structure autour de deux dimensions qui interagissent entre elles : une dimension/composante motivationnelle (i.e., agency) et une dimension/composante opératoire (i.e., pathways). L'espoir peut être défini comme « un état motivationnel positif qui se base sur une interaction entre l'énergie et la motivation orientées vers les buts (composante motivationnelle), ainsi que les différentes manières de les atteindre (composante opératoire) (Snyder, 1991).

Problématique de notre étude

A notre connaissance, les représentations mentales et les connaissances liées aux troubles neurodéveloppementaux que sont le TDAH et le TSA ont été peu étudiées en France. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature scientifique d'outils validés en français qui permettent d'une part d'évaluer les connaissances sur le TDAH et le TSA, et d'autre part d'évaluer les représentations mentales liées à ces troubles du neurodéveloppement. D'après notre revue de la littérature sur le sujet, de bonnes connaissances sur les troubles neurodéveloppementaux seraient corrélées à une baisse de la stigmatisation.

Objectifs de l'étude

Nos objectifs principaux sont d'évaluer s'il y a un lien entre les théories implicites et les connaissances sur le TDAH et le TSA, entre les théories implicites et la stigmatisation chez les enfants avec TDAH et avec TSA, entre les théories implicites et les stéréotypes liés au TDAH et au TSA. Nos objectifs secondaires sont d'évaluer les connaissances sur le TDAH et le TSA, et d'étudier l'influence de différentes variables individuelles sur les connaissances (âge, nombre d'années d'expérience, profession).

Hypothèses de l'étude

Un score total entité faible est associé à de meilleures connaissances sur le TDAH et le TSA, à moins de stigmatisation et de stéréotypes négatifs à l'égard de ces troubles. De bonnes connaissances sur le TDAH et le TSA sont associées à moins de stigmatisation et à moins de stéréotypes négatifs à l'égard de ces troubles. L'adhésion à des stéréotypes positifs à l'égard du TDAH et du TSA est associée à moins de stigmatisation à l'égard de ces troubles.

II) Matériel et méthodes

Participants

203 participants ont répondu à notre enquête sur les connaissances et les représentations mentales des soignants et des enseignants sur le TDAH et le TSA. Parmi les 203 participants, il y avait 171 femmes et 32 hommes. L'âge moyen était de 41,76 ans (24-71 ; SD=11,33). La moyenne du nombre d'années d'expérience était de 13,61 (0-48 ; SD=10,78).

Nous avons réparti les 203 participants en 4 groupes en fonction de leur profession.

Les données sociodémographiques sont présentées dans le tableau ci-dessous:

Tableau 1 : données sociodémographiques de notre population d'étude

| Groupe | Nombre de participants | Age moyen (M +/- SD ; min-max) | Professions (nombre de participants par profession) |
|----------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| groupe 1 | 61 | 38,67 +/- 11,08 (24-64) | Psychiatres (N=11) Pédopsychiatres (N=31) Internes en psychiatrie (N=19) |
| groupe 2 | 42 | 42,10 +/- 10,80 (24-71) | Psychologues (N=40) Psychologues en formation (N=2) |
| groupe 3 | 55 | 42,89 +/- 12,98 (24-67) | Pédiatres (N=12) Médecins généralistes (n=36) Internes d'autres spécialités que psychiatrie (N=7) |
| groupe 4 | 45 | 44,24 +/- 9,27 (25-64) | Enseignants du primaire (N=15) Enseignants au collège (N=6) Enseignants au lycée (N=5) Enseignants en formation (N=7) Enseignants avec une formation spécialisée (N=12) |

Les participants ont été contactés par le biais de leur email professionnel.

Ils étaient volontaires pour participer à l'étude, et ils ont donné leur consentement éclairé en validant l'envoi de leurs réponses. Ils ont complété les questionnaires de l'enquête en ligne via la plateforme Google Form entre le 9 mai 2019 et le 31 juillet 2019.

Le questionnaire a été adressé à plusieurs CHU et hôpitaux psychiatriques français, à des associations de psychiatres, de psychologues, d'internes en psychiatrie, d'internes en médecine générale et à des enseignants d'établissements scolaires français.

Cette étude a été enregistrée au sein du PADS (portail d'accès aux données de santé) et tracée sous le numéro 2019_126. Le PADS nous a confirmé qu'aucune autre formalité n'était nécessaire, notre étude ne portant pas sur des données patients. Les données personnelles sont anonymes. Les participants avaient la possibilité de laisser leur email s'ils souhaitaient être informés des résultats de l'étude.

Questionnaires utilisés pour le TDAH et le TSA :

Community Attitudes toward the Mentally Ill (Taylor, 1981)

Le questionnaire CAMI permet de mesurer les attitudes à l'égard des personnes avec des problèmes de santé mentale (Taylor, Dear, 1981). Pour notre étude, nous avons utilisé la version française (Garcia et al., 2017). Ce questionnaire comporte 25 items et 4 sous échelles : (1) l'autoritarisme (6 items), (2) la bienveillance (7 items), (3) la restriction sociale (7 items) et (4) l'idéologie de la communauté sur la santé mentale (5 items). Les sous échelles (2) et (4) évaluent des stéréotypes positifs, et les sous échelles (1) et (3) évaluent des stéréotypes négatifs. La cotation des items se fait à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Un score total et quatre sous-totaux (moyenne des sous échelles) peuvent être calculés. Plus le score total est élevé, plus il indique des attitudes stigmatisantes.

Afin de pouvoir utiliser cette échelle dans le cadre de notre étude, nous l'avons adapté en remplaçant le terme de « maladie mentale » par « TDAH » et par « TSA ».

Dans les études utilisant la version initiale, l'échelle CAMI présentait une cohérence interne satisfaisante avec un coefficient α de Cronbach à 0,87. L'analyse factorielle confirmatoire a établi que la version française traduite par Garcia (2017) conserve la structure à quatre sous-échelles de l'échelle originale. La validité interne est excellente. De plus, les estimations de validité corrélacionnelle ont confirmé la pertinence de cette échelle.

Dans notre étude, l'analyse factorielle a trouvé un alpha de cronbach à 0,26 pour l'échelle CAMI adaptée au TSA (SD=5,69) et un alpha de cronbach à 0,10 pour l'échelle CAMI adaptée au TDAH (SD = 4,89).

Théories implicites

Avec l'accord de C. Dweck, nous avons utilisé un questionnaire permettant d'évaluer les théories implicites (théorie incrémentielle et théorie de l'entité) qui était traduit en français et en cours de validation. Ce questionnaire comporte 6 items : 3 items évaluent la théorie de l'entité (items 1, 3, 5) et 3 items évaluent la théorie incrémentielle (items 2, 4, 6). La cotation se fait à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Le calcul du score total entité est la somme des scores des items 1-3-5, et de l'inverse des scores des items 2-4-6.

Pour le TSA, l'analyse factorielle a trouvé un alpha de Cronbach à 0,57 pour la théorie de l'entité (SD=0,13) et un alpha de Cronbach à 0,71 pour la théorie incrémentielle (SD = 4,29). Pour le TDAH, l'analyse factorielle a trouvé un alpha de Cronbach à 0,71 pour la théorie de l'entité (SD=4,24) et un alpha de Cronbach à 0,56 pour la théorie incrémentielle (SD = 3,30).

The Adult State Hope Scale (Snyder et al., 1996)

L'échelle « Adult State Hope Scale » a été créée et validée par Snyder et al. en 1996. Cette échelle permet de mesurer l'espoir dans une situation ponctuelle. Dans notre étude, nous avons utilisé la version traduite et validée en français (Martin-Krumm et al., 2014). Elle comprend 3 items relatifs à la composante opératoire et 3 items relatifs à la composante motivationnelle. La cotation se fait sur une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

Les résultats de l'étude de Martin-Krumm et al. ont révélé des indices de fiabilité adéquats pour la composante opératoire ($\alpha = 0,72$), pour la composante motivationnelle ($\alpha = 0,78$) et pour l'échelle globale ($\alpha = 0,86$). Ces résultats sont proches de ceux obtenus par Snyder et al. (1996). Les deux sous échelles sont corrélées positivement ($r = 0.74$, $p < 0.001$).

Dans notre étude, l'analyse factorielle a trouvé que la composante opératoire a un alpha = 0,88 (SD = 3,15) et la composante motivationnelle a un alpha = 0,88 (SD = 3,43). La cohérence interne pour cette échelle est satisfaisante. L'analyse factorielle retrouve une corrélation positive entre les deux composantes de l'échelle ($r=0,80$; $p=0,00$).

Questionnaires utilisés pour le TDAH :

ADHD Stigma Questionnaire (Kellison et al., 2010)

L'échelle ADHD Stigma Questionnaire (ASQ) permet de mesurer les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et adolescents avec TDAH (Kellison, Bussing, Bell, 2010). Ce questionnaire comprend 26 items et il présente une structure à trois sous-échelles : (1) les préoccupations concernant la divulgation (7 items ; exemple : une personne avec TDAH pourrait penser qu'il est risqué d'en parler aux autres), (2) l'image de soi négative (6 items ; exemple : une personne avec TDAH se sent mal à cause de cela), et (3) les préoccupations vis-à-vis des attitudes de la population générale (13 items ; exemple : après avoir appris qu'elles ont un TDAH, les personnes s'inquiètent de la discrimination qu'elles vont subir de la part des autres). La cotation des items se fait à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Le score total de l'ASQ est égal à la somme des 26 items. Les scores des sous-échelles sont calculés à partir de la somme des items qu'ils contiennent. Des scores élevés indiquent des perceptions élevées concernant la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH.

Afin de pouvoir utiliser cette échelle qui n'était pas validée en français, avec l'accord des auteurs nous l'avons adapté en réalisant une traduction de l'anglais vers le français. Dans l'étude menée par Kellison et al. (2010), l'ASQ a démontré une fiabilité et une validité adéquates (alpha de Cronbach = 0,93). Les 3 sous échelles étaient corrélées entre elles (DC et NI : $r = 0,81$; NI et CPA : $r = 0,86$; DC et CPA : $r = 0,80$).

Dans notre étude, l'échelle ASQ a montré une cohérence interne satisfaisante : l'alpha de Cronbach est égal à 0,89 (SD=8,59), et les 3 sous échelles sont corrélées positivement entre elles ($p=0,00$).

Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (Sciutto, 2000)

Cette échelle permet d'évaluer les connaissances et les idées fausses de professionnels de santé mentale, d'enseignants et de parents (Sciutto, 2000). Ce questionnaire comporte 39 items et trois sous échelles : (1) les caractéristiques associées au TDAH (informations générales, nature du trouble, causes, pronostic) (15 items ; exemple : la plupart des estimations indiquent que le TDAH survient chez environ 15% des enfants en âge scolaire), (2) symptômes et diagnostic (9 items ; exemple : les enfants avec TDAH sont souvent

distracts par des stimuli extérieurs), (3) traitement (12 items ; exemple : les recherches actuelles suggèrent que le TDAH résulte en grande partie de carences éducatives). Trois nouveaux items ont été ajoutés « 37, 38, 39 » ; ils ne sont pas inclus dans les sous échelles. Les participants avaient la possibilité de répondre : « vrai », « faux » ou « je ne sais pas ». La cotation des items se fait de la manière suivante : réponse correcte = 1 point ; réponse incorrecte = 0 point ; « je ne sais pas » = 0 point. La réponse « je ne sais pas » permet de distinguer le manque d'informations des fausses croyances à l'égard du TDAH. Ainsi, nous avons calculé le pourcentage de réponses correctes, le pourcentage de réponses incorrectes et le pourcentage de « je ne sais pas » afin de pouvoir distinguer le manque de connaissances (réponse « je ne sais pas ») des idées fausses (réponses incorrectes).

Afin de pouvoir utiliser cette échelle qui n'était pas validée en français, avec l'accord des auteurs nous l'avons adaptée en réalisant une traduction de l'anglais vers le français.

Dans l'étude menée par Sciutto et al. (2000), le coefficient alpha de Cronbach était élevé pour le score total du KADDS (0,86), ainsi que pour chacune des trois sous-échelles. Chacune des sous-échelles était fortement corrélée avec le score total (fourchette de 0,85 à 0,91), et il existait un degré élevé d'intercorrélation entre les trois sous-échelles (fourchette de 0,63 à 0,69), ce qui suggère que les connaissances des enseignants dans un domaine avaient tendance à être corrélées à leurs connaissances dans les autres domaines.

Dans notre étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,81 (SD=5,83). La cohérence interne de l'échelle est satisfaisante. L'analyse factorielle a trouvé des corrélations positives entre les 3 sous échelles ($p=0,00$).

Questionnaire utilisé pour le TSA :

Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (Harrison, 2017)

Le questionnaire « Autism Stigma and Knowledge Questionnaire » (ASK-Q) permet de mesurer les connaissances sur le TSA et la stigmatisation à l'égard des enfants avec TSA (Harrison, 2017). Ce questionnaire comporte 49 items et 4 sous-échelles : 3 sous échelles distinctes de connaissances sur le TSA : (1) symptômes / diagnostic (18 items ; exemple : certains enfants avec TSA pourraient perdre des habiletés langagières acquises), (2) étiologie (16 items ; exemple : il est possible de prévenir l'autisme), (3) traitement (14 items ; exemple : actuellement, il n'y a aucun traitement pour l'autisme); et (4) une sur la

stigmatisation (7 items ; exemple : tous les enfants avec TSA ont généralement des problèmes d'agressivité). Les participants ont deux possibilités de réponse : d'accord (1) ; pas d'accord (0). Les scores des sous-échelles sont interprétés de la manière suivante : symptômes/diagnostic (0-10 insuffisant, 11-18 adéquat), étiologie (0-10 insuffisant, 11-16 adéquat), traitement (0-9 insuffisant, 10-14 adéquat) et stigmatisation (0-2 approbation de la stigmatisation; 3-7 n'approuve pas la stigmatisation).

Afin de pouvoir utiliser cette échelle qui n'était pas validée en français, avec l'accord des auteurs nous l'avons adapté en réalisant une traduction de l'anglais vers le français. De plus, nous avons adapté certains items afin de faciliter la compréhension du sens dans la langue française.

Dans l'étude réalisée par Harrison et al. (2017), l'échelle ASK-Q a montré une cohérence interne élevée (alpha de Cronbach = 0.88). Dans une autre étude menée au sein d'une population de parents d'enfants avec TSA originaire de Mongolie, Harrison et al. (2018) ont confirmé que l'ASK-Q est un outil fiable et sensible pour mesurer les connaissances sur le TSA (alpha de Cronbach = 0,72 ; données test-retest = bonne fiabilité, ICC = 0,86).

Dans notre étude, l'analyse factorielle a trouvé un alpha de Cronbach à 0,44.

Analyse statistique

Les données démographiques ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les variables d'intérêt ont été analysées à l'aide d'ANOVAs générales linéaires (general linear model (GLM) ANOVAs) avec des mesures répétées corrigées par le test de Greenhouse-Geisser (avec Statistica, Version 7, StatSoft Inc.), en incluant la profession (Groupe 1 : psychiatres, pédopsychiatres, internes en psychiatrie ; groupe 2 : psychologues, psychologues en formation ; groupe 3 : médecins généralistes, pédiatres, internes (autres spécialités) ; groupe 4 : enseignants et futurs enseignants) comme facteurs inter-sujets.

Les variables d'intérêt étaient incluses comme facteurs intra-sujets, selon l'analyse en cours. Le test de Fisher de la plus petite différence significative (Fisher's least significant difference (LSD)) a été utilisé pour les comparaisons post hoc. Les tests de corrélation de Pearson et le Chi-deux ont été utilisés pour des analyses complémentaires.

III) Résultats : moyennes et corrélations

Concernant les participants, l'analyse ANOVA n'a pas montré de différences significatives d'âge ($p=0,06$) et du nombre d'années d'expérience ($p=0,25$) entre les groupes.

Théories implicites

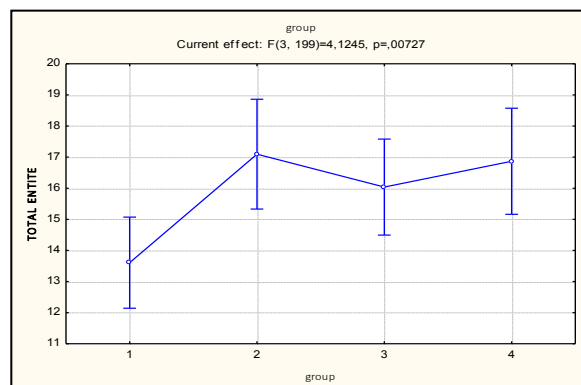
Théorie de l'entité TDAH

La moyenne de la population de l'étude ($N = 203$) au score total entité est de 15,71 (6,00-42,00 ; $SD=5,94$). Le calcul du score incrémentiel utilisant uniquement les items évaluant la théorie incrémentielle (2-4-6) donne une moyenne de 15,34, et le calcul du score entité utilisant uniquement les items évaluant la théorie de l'entité (1-3-5) donne une moyenne de 7,05.

L'analyse ANOVA montre un effet de groupe ($F(3,199)=4,1245$, $p=0,00727$). L'analyse Post-hocs trouve des différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 ($p=0,003$), entre le groupe 1 et le groupe 3 ($p=0,03$), et entre le groupe 1 et le groupe 4 ($p=0,005$). Il n'y a pas de différences entre les autres groupes. Les réponses des psychiatres, des pédopsychiatres et des internes en psychiatrie étaient significativement différentes de celles des autres groupes.

Les groupes ont obtenu les moyennes suivantes au score total entité :

- groupe 1 = 13,61 (6,00-34,00 ; $SD=5,35$)
- groupe 2 = 17,10 (7,00-42,00 ; $SD=7,55$)
- groupe 3 = 16,04 (6,00-27,00 ; $SD=5,07$)
- groupe 4 = 16,87 (6,00-30,00 ; $SD=5,35$)



Analyse des corrélations :

Dans notre population d'étude (N=203), le score total entité est corrélé positivement avec le sexe ($r=0,15$; $p=0,03$), et négativement avec les composantes opératoire ($r=-0,17$; $p=0,02$) et motivationnelle ($r=-0,20$; $p=0,003$) de l'espoir. Le score total entité n'est pas corrélée à l'âge et aux années d'expérience. Dans le groupe des enseignants, la théorie de l'entité est corrélée négativement avec le stéréotype positif « d'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=-0,32$; $p=0,04$). Dans le groupe des psychologues, la théorie de l'entité est corrélée négativement avec la sous échelle « image de soi négative » ($r=-0,35$; $p=0,03$) et avec le score total ASQ ($r=-0,31$; $p=0,045$).

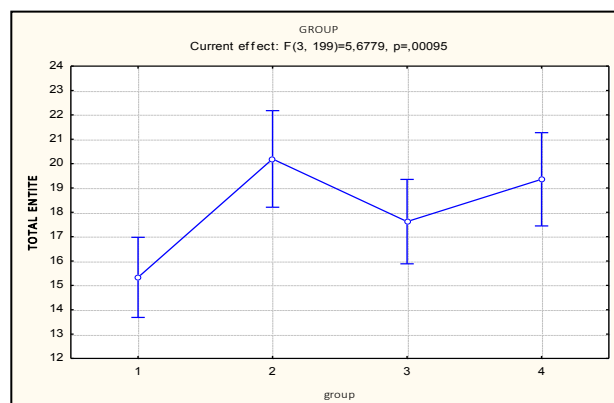
Théorie de l'entité TSA

La moyenne de la population de l'étude (N = 203) au score total entité est de 17,85 (6,00-41,00 ; SD=6,74). Le calcul du score incrémentiel donne une moyenne de 15,13, et le calcul du score entité donne une moyenne de 8,98.

L'analyse ANOVA montre un effet de groupe ($F(3,199)=5,6779$, $p=0,00095$). L'analyse Post-hocs retrouve une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 ($p=0,0003$), et entre le groupe 1 et le groupe 4 ($p=0,002$).

Les groupes ont obtenu les moyennes suivantes au score total entité:

- groupe 1 = 15,33 (6,00-29,00 ; SD=5,72)
- groupe 2 = 20,19 (7,00-40,00 ; SD=7,64)
- groupe 3 = 17,62 (6,00-29,00 ; SD=5,71)
- groupe 4 = 19,36 (6,00-41,00 ; SD=7,28)



Analyse des corrélations

Dans notre population d'étude (N=203), le score total entité est corrélé négativement avec la composante opératoire ($r=-0,19$; $p=0,007$) et motivationnelle ($r=-0,25$; $p=0,00$) de l'espoir. Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, la théorie de l'entité est corrélée positivement à l'âge ($r=0,33$; $p=0,01$) et aux années d'expérience ($r=0,31$; $p=0,02$). Dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres, la théorie de l'entité est corrélée négativement à l'âge ($r=-0,27$; $p=0,05$) et à l'expérience professionnelle ($r=-0,32$; $p=0,02$). Dans le groupe des enseignants, la théorie de l'entité est corrélée négativement à l'âge ($r=-0,38$; $p=0,009$).

Chez les enseignants, la théorie de l'entité est corrélée négativement avec les sous échelles de « bienveillance » et « d'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=-0,44$; $p=0,003$ et $r=-0,35$; $p=0,02$). Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, la théorie de l'entité est corrélée positivement avec les connaissances sur « le diagnostic et les symptômes » du TSA ($r=0,32$; $p=0,01$), ainsi qu'avec le score total de l'ASK-Q ($r=0,27$; $p=0,04$).

L'analyse ANOVA a montré une différence significative entre le score total entité TSA et le score total entité TDAH : le score total entité TSA ($M = 17,85$; $SD = 6,74$) est plus élevé que le score total entité TDAH ($M = 15,71$; $SD = 5,94$).

CAMI

CAMI adaptée au TDAH

Les moyennes de notre population d'étude (N = 203) aux 4 sous échelles sont les suivantes :

- (1) autoritarisme = 13,56 (6,00-22,00 ; $SD=3,21$)
- (2) bienveillance = 30,83 (24,00-35,00 ; $SD=2,45$)
- (3) restriction sociale = 10,21 (7,00-20,00 ; $SD=2,41$)
- (4) idéologie de la communauté sur la santé mentale = 22,17 (15,00-25,00 ; $SD=2,34$).

L'analyse ANOVA ne retrouve pas d'effet de groupe ($p = 0,68$). Elle montre un effet du questionnaire ($F(3,597)=2361,0$, $p=0,00$). L'analyse Post-hocs trouve des différences significatives entre les quatre sous échelles ($p=0,00$). L'analyse ANOVA ne retrouve pas d'interaction entre les groupes et les sous échelles du questionnaire ($p=0,43$).

Tableau 2 : les moyennes des groupes aux 4 sous échelles

| | Autoritarisme | Bienveillance | Restriction sociale | Idéologie de la communauté sur la santé mentale |
|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Groupe 1 | 13,31 (6,00-20,00 ; SD=3,47) | 30,77 (24,00-35,00 ; SD=2,77) | 10,11 (7,00-16,00 ; SD=2,03) | 22,28 (15,00-25,00 ; SD=2,54) |
| Groupe 2 | 13,74 (6,00-20,00 ; SD=3,60) | 31,07 (26,00-35,00 ; SD=2,20) | 9,71(7,00-19,00 ; SD=2,59) | 22,60 (18,00-25,00 ; SD=1,98) |
| Groupe 3 | 13,35 (8,00-19,00 ; SD=2,82) | 30,65 (25,00-35,00 ; SD=2,56) | 10,75 (7,00-20,00 ; SD=2,65) | 21,60 (17,00-25,00 ; SD=2,52) |
| Groupe 4 | 14,00 (9,00-22,00 ; SD= 2,94) | 30,91 (27,00-35,00 ; SD=2,13) | 10,16 (7,00-19,00 ; SD=2,38) | 22,31 (17,00-25,00 ; SD=2,08) |

Analyse des corrélations :

Dans notre population d'étude (N=203), l'autoritarisme était corrélé positivement à l'âge ($r=0,15$; $p=0,04$) et négativement à la sous échelle « image de soi négative » ($r=-0,15$; $p=0,04$) et à la « bienveillance » ($r=-0,19$; $p=0,008$). La restriction sociale était corrélée négativement avec la sous-échelle « image de soi négative » ($r=-0,16$; $p=0,03$), les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » ($r=-0,19$; $p=0,007$), « l'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=-0,34$; $p=0,00$) et la composante motivationnelle de l'espoir ($r=-0,19$; $p=0,00$). La bienveillance était corrélée positivement avec les trois sous-échelles de l'ASQ, avec le score total de l'ASQ ($r=0,30$; $p=0,00$) et avec « l'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=0,20$; $p=0,003$), et négativement avec l'autoritarisme ($r=-0,19$; $p=0,008$). L'idéologie était corrélée positivement avec les connaissances sur le « traitement » ($r=0,15$; $p=0,03$), avec la « bienveillance » ($r=0,21$; $p=0,003$) et la composante motivationnelle de l'espoir ($r=0,15$; $p=0,03$), et négativement avec la restriction sociale ($r=-0,34$; $p=0,00$).

Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, l'autoritarisme (stéréotype négatif) est corrélé négativement avec les sous échelles « image de soi négative » ($r=-0,26$; $p=0,048$) et « préoccupations concernant la divulgation » ($r=-0,27$; $p=0,03$). La bienveillance est corrélée positivement avec les trois sous échelles de l'ASQ et le score total de l'ASQ ($r=0,46$; $p=0,00$) dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, avec la sous échelle « image de soi négative » dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres ($r=0,29$; $p=0,03$), et avec les sous échelles « préoccupations concernant la divulgation », « préoccupations vis à vis des

attitudes de la population générale » et le score total ASQ ($r=0,34$; $p=0,02$) dans le groupe des enseignants.

CAMI adaptée au TSA

Les moyennes de la population de l'étude (N = 203) aux 4 sous échelles sont les suivantes :

- (1) autoritarisme = 14,63 (6,00-24,00 ; SD=3,55) ;
- (2) bienveillance = 31,41 (20,00-35,00 ; SD=2,80) ;
- (3) restriction sociale = 11,36 (7,00-20,00 ; SD=3,07) ;
- (4) idéologie de la communauté sur la santé mentale = 22,54 (13,00-25,00 ; SD=2,38).

L'analyse ANOVA ne retrouve pas d'effet de groupe ($p = 0,71$). Elle montre un effet du questionnaire ($p = 0,00$). L'analyse Post-hocs retrouve des différences significatives entre les quatre sous échelles ($p = 0,00$). L'analyse ANOVA ne retrouve pas d'interaction entre les groupes et les sous échelles du questionnaire ($p=0,19$).

Tableau 3 : les moyennes des groupes aux 4 sous échelles

| | Autoritarisme | Bienveillance | Restriction sociale | Idéologie de la communauté sur la santé mentale |
|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Groupe 1 | 14,67 (6,00-22,00 ; SD=3,58) | 32,00 (27,00-35,00 ; SD=2,37) | 10,93 (7,00-19,00 ; SD=2,78) | 22,69 (16,00-25,00 ; SD=2,38) |
| Groupe 2 | 15,36 (8,00-21,00 ; SD=3,57) | 31,33 (25,00-35,00 ; SD=2,78) | 11,07 (7,00-20,00 ; SD=3,06) | 22,48 (17,00-25,00 ; SD=1,99) |
| Groupe 3 | 14,49 (6,00-24,00 ; SD=3,63) | 30,78 (23,00-35,00 ; SD=2,98) | 11,73 (7,00-18,00 ; SD=3,12) | 22,18 (13,00-25,00 ; SD=2,78) |
| Groupe 4 | 14,04 (7,00-22,00 ; SD= 3,36) | 31,44 (20,00-35,00 ; SD=3,03) | 11,76 (7,00-19,00 ; SD= 3,39) | 22,84 (18,00-25,00 ; SD=2,20) |

Analyse des corrélations

Dans notre population d'étude (N=203), l'autoritarisme est corrélé négativement avec le sexe ($r=-0,15$; $p=0,03$), et positivement avec les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » ($r=0,24$; $p=0,001$), le score total ASK-Q ($r=0,21$; $p=0,003$) et la « restriction sociale » ($r=0,20$; $p=0,005$). La restriction sociale est corrélée négativement avec la « bienveillance » ($r=-0,22$; $p=0,001$) et « l'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=-0,36$; $p=0,00$). La bienveillance est corrélée positivement avec les connaissances sur « le

traitement » ($r=0,27$; $p=0,00$), la sous échelle « d’approbation/non approbation de la stigmatisation » ($r=0,14$; $p=0,04$), avec le total ASK-Q ($r=0,26$; $p=0,00$) et avec « l’idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=0,35$; $p=0,00$). L’idéologie de la communauté sur la santé mentale est corrélée positivement avec les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » ($r=0,16$; $p=0,02$) et le total ASK-Q ($r=0,16$; $p=0,02$).

Nos résultats ont montré des corrélations entre les connaissances sur le TSA et les stéréotypes positifs et négatifs. L’autoritarisme est corrélé positivement avec les sous échelles « diagnostic/symptômes » ($r=0,43$; $p=0,005$), « étiologie » ($r=0,31$; $p=0,047$) et le score total ASK-Q ($r=0,56$; $p=0,00$) dans le groupe des psychologues, et il est corrélé positivement avec la sous échelle « diagnostic/symptômes » ($r=0,3$; $p=0,045$) dans le groupe des enseignants. La restriction sociale est corrélée positivement avec la sous échelle « étiologie » ($r=0,29$; $p=0,02$) chez les psychiatres et les pédopsychiatres. La bienveillance est corrélée positivement avec la sous échelle « traitement » dans le groupe des psychiatres ($r=0,37$; $p=0,04$) et des enseignants ($r=0,51$; $p=0,00$), avec le score total ASK-Q ($r=0,33$; $p=0,03$) dans le groupe des psychologues, et avec la sous échelle « symptômes/diagnostic » ($r=0,32$; $p=0,02$) dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres. L’idéologie de la communauté sur la santé mentale est corrélée positivement avec la sous échelle « diagnostic/symptômes » ($r=0,32$; $p=0,02$) et le score total ASK-Q ($r=0,28$; $p=0,04$) dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres.

ADHD Stigma Questionnaire

L’analyse ANOVA ne trouve pas d’effet de groupe ($p = 0,76$). L’analyse ANOVA a montré un effet du questionnaire ($p=0,00$). L’analyse Post-Hocs a trouvé des différences significatives entre les 3 sous échelles, et entre le score total ASQ et les 3 sous échelles. L’analyse ANOVA montre des corrélations positives entre les 3 sous échelles ($p = 0,00$). L’analyse ne montre pas d’interaction significative entre les groupes et le questionnaire ASQ ($p=0,83$).

Tableau 4 : les moyennes de la population totale et des différents groupes

| | Moyenne | Min | Max | SD |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-------|-------|
| Population totale (N = 203) | | | | |
| les préoccupations concernant la divulgation | 19,15 | 9,00 | 26,00 | 2,71 |
| l'image de soi négative | 17,94 | 12,00 | 24,00 | 2,35 |
| les préoccupations vis-à-vis des attitudes de la population générale | 33,40 | 21,00 | 48,00 | 4,99 |
| Total ASQ | 70,49 | 51,00 | 95,00 | 8,59 |
| Groupe 1 (N = 61) | | | | |
| les préoccupations concernant la divulgation | 18,95 | 13,00 | 24,00 | 2,43 |
| l'image de soi négative | 18,13 | 12,00 | 24,00 | 2,47 |
| les préoccupations vis-à-vis des attitudes de la population générale | 33,31 | 22,00 | 48,00 | 5,11 |
| Total ASQ | 70,39 | 56,00 | 95,00 | 8,53 |
| Groupe 2 (N = 42) | | | | |
| les préoccupations concernant la divulgation | 18,62 | 13,00 | 24,00 | 2,59 |
| l'image de soi négative | 18,05 | 14,00 | 24,00 | 2,12 |
| les préoccupations vis-à-vis des attitudes de la population générale | 33,31 | 25,00 | 43,00 | 4,81 |
| Total ASQ | 69,98 | 55,00 | 86,00 | 8,03 |
| Groupe 3 (N = 55) | | | | |
| les préoccupations concernant la divulgation | 19,35 | 14,00 | 26,00 | 2,41 |
| l'image de soi négative | 17,64 | 14,00 | 22,00 | 2,05 |
| les préoccupations vis-à-vis des attitudes de la population générale | 33,05 | 21,00 | 43,00 | 4,62 |
| Total ASQ | 70,04 | 52,00 | 88,00 | 7,52 |
| Groupe 4 (N = 45) | | | | |
| les préoccupations concernant la divulgation | 19,69 | 9,00 | 26,00 | 3,40 |
| l'image de soi négative | 17,93 | 12,00 | 23,00 | 2,73 |
| les préoccupations vis-à-vis des attitudes de la population générale | 34,04 | 23,00 | 48,00 | 5,53 |
| Total ASQ | 71,67 | 51,00 | 92,00 | 10,41 |

KADDS

Les moyennes de la population générale aux 3 sous échelles (N = 203) sont les suivantes :

- (1) caractéristiques associées = 8,33 (3,00-14,00 ; SD = 2,52)
- (2) symptômes/diagnostic = 7,13 (1,00-9,00 ; SD = 1,46)
- (3) traitement = 7,54 (0,00-12,00 ; SD = 2,41)

Résultats en pourcentage :

Le pourcentage de réponses correctes est de 62,95%.

Le pourcentage de réponses incorrectes est de 17,78%.

Le pourcentage de réponses « je ne sais pas » est de 19,26%.

L'analyse ANOVA a montré un effet de groupe ($F(3, 199)=17,661, p=0,00$).

L'analyse Post-hocs trouve des différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 ($p = 0,00009$), entre le groupe 1 et le groupe 3 ($p = 0,00003$), entre le groupe 1 et le groupe 4 ($p = 0,00$) ; entre le groupe 2 et le groupe 4 ($p = 0,006$) ; entre le groupe 3 et le groupe 4 ($p = 0,003$). Il n'y a pas de différence significative entre le groupe 2 et le groupe 3 ($p = 0,96$).

Les moyennes des groupes à l'échelle KADDS sont les suivantes :

- groupe 1 = 8,78 (SE = 0,20) ;
- groupe 2 = 7,49 (SE = 0,25) ;
- groupe 3 = 7,51 (SE = 0,22) ;
- groupe 4 = 6,53 (SE = 0,24).

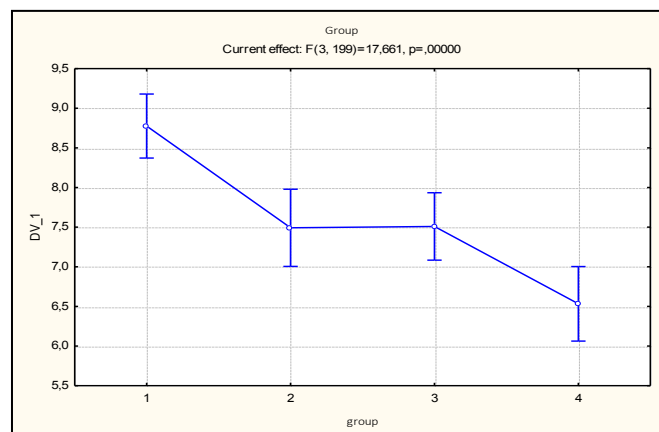


Tableau 5 : les moyennes des groupes aux 3 sous échelles

| | Sous échelles | Moyenne | Min-Max | SD | SE |
|--------------------|----------------------------|---------|------------|------|------|
| Groupe 1 N = 61 | Caractéristiques associées | 9,84 | 4,00-14,00 | 2,21 | 0,29 |
| | Symptômes / diagnostic | 7,84 | 5,00-9,00 | 1,05 | 0,18 |
| | Traitement | 8,66 | 5,00-12,00 | 1,92 | 0,29 |
| Groupe 2 N = 42 | Caractéristiques associées | 7,83 | 3,00-12,00 | 2,63 | 0,35 |
| | Symptômes / diagnostic | 7,12 | 1,00-9,00 | 1,60 | 0,21 |
| | Traitement | 7,52 | 2,00-11,00 | 2,35 | 0,35 |
| Groupe 3 N = 55 | Caractéristiques associées | 8,35 | 4,00-12,00 | 2,27 | 0,31 |
| | Symptômes / diagnostic | 6,89 | 3,00-9,00 | 1,47 | 0,19 |
| | Traitement | 7,29 | 1,00-11,00 | 2,40 | 0,31 |
| Groupe 4 N = 45 | Caractéristiques associées | 6,76 | 3,00-12,00 | 1,96 | 0,34 |
| | Symptômes / diagnostic | 6,49 | 4,00-9,00 | 1,46 | 0,21 |
| | Traitement | 6,36 | 0,00-11,00 | 2,50 | 0,34 |

L'analyse ANOVA a montré un effet de l'échelle KADDS ($F(2,398)=27,539$, $p=0,00$). L'analyse Post-hocs trouve des différences significatives entre la sous échelle (1) et la sous échelle (2) ($p = 0,00$) ; la sous échelle (1) et la sous échelle (3) ($p = 0,00$) ; la sous échelle (2) et la sous échelle (3) ($p = 0,007$).

L'analyse a montré des corrélations significatives entre : (1) caractéristiques associées et (2) symptômes/diagnostic ($r=0,53$; $p=0,00$) ; (1) caractéristiques associées et (3) traitement ($r=0,58$; $p=0,00$) ; (2) symptômes/diagnostic et (3) traitement ($r=0,48$; $p=0,00$). L'analyse ANOVA a montré une interaction significative entre les groupes et le questionnaire KADDS ($F(6,398)=3,5082$, $p=0,00215$).

Tableau 6 : les pourcentages de réponse de la population totale aux 3 sous échelles

| N=203 | Caractéristiques associées (15 items) | Symptômes / diagnostic (9 items) | Traitement (12 items) |
|----------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Réponses correctes en % | 55,57 | 79,26 | 62,85 |
| Réponses incorrectes en % | 24,33 | 9,47 | 14,90 |
| Réponses « Je ne sais pas » en % | 20,10 | 11,28 | 22,25 |

Tableau 7 : les pourcentages de réponse des groupes aux 3 sous échelles

| | Groupe 1 | | | Groupe 2 | | | Groupe 3 | | | Groupe 4 | | |
|-----------------------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | CA | SD | T | CA | SD | T | CA | SD | T | CA | SD | T |
| Réponses correctes | 65,57 | 87,05 | 72,13 | 52,22 | 79,10 | 62,70 | 55,64 | 76,57 | 60,76 | 45,04 | 72,10 | 52,96 |
| Réponses incorrectes | 23,50 | 9,65 | 17,21 | 24,60 | 7,67 | 13,10 | 23,39 | 8,89 | 14,24 | 26,37 | 11,60 | 14,26 |
| Réponses « je ne sais pas » | 10,93 | 3,28 | 10,66 | 23,17 | 13,23 | 24,21 | 20,97 | 14,55 | 25,00 | 28,59 | 16,30 | 32,78 |

Tableau 8 : les 5 réponses les plus fréquentes de la population totale en fonction du type de réponse

| N=203 | Items | Sous-échelle | % |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Les 5 réponses correctes les plus fréquentes | 26- Les enfants avec TDAH ont souvent des difficultés dans l'organisation de leurs tâches et activités | SD | 98,52 |
| | 3- Les enfants avec TDAH sont souvent distraits par des stimuli extérieurs | SD | 98,03 |
| | 9- Les enfants avec TDAH s'agitent ou se tortillent souvent sur leur chaise | SD | 95,57 |
| | 36- Les traitements du TDAH axés principalement sur la punition se sont avérés être les plus efficaces dans la réduction des symptômes du TDAH. | T | 94,58 |
| | 13- Il est possible qu'un adulte soit diagnostiqué avec TDAH | CA | 93,10 |
| Les 5 réponses incorrectes les plus fréquentes | 27- Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familières | CA | 67,00 |
| | 4- Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères | CA | 62,07 |
| | 8- Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH | T | 50,25 |
| | 5- Pour qu'un enfant soit diagnostiqué TDAH, il faut que les symptômes aient été présents avant l'âge de 7 ans | SD | 35,96 |
| | 34- Les interventions comportementales / psychologiques chez les enfants avec TDAH sont axées principalement sur les problèmes des enfants avec déficit attentionnel | T | 32,51 |
| Les 5 réponses « je ne sais pas » les plus fréquentes | 35- L'électroconvulsivothérapie (traitement par électrochocs) s'est avérée efficace dans le traitement des cas sévères de TDAH. | T | 52,71 |
| | 37- Des recherches ont montré qu'une utilisation prolongée de médicaments stimulants entraînait une dépendance accrue (drogue, alcool) à l'âge adulte | | 40,89 |
| | 1- La plupart des estimations indiquent que le TDAH survient chez environ 15% des enfants en âge scolaire | CA | 40,39 |
| | 8- Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH | T | 36,95 |
| | 6- Le TDAH est plus fréquent chez les parents biologiques au premier degré (c'est-à-dire la mère et le père) des enfants avec TDAH que dans la population générale. | CA | 34,48 |

Tableau 9 : les 5 réponses fausses les plus fréquentes en fonction des groupes

| | | Sous-échelle | % |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Groupe 1 | 4- Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères | CA | 81,97 |
| | 8- Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH. | T | 73,77 |
| | 27- Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familiales | CA | 60,66 |
| | 5- Pour qu'un enfant soit diagnostiqué TDAH, il faut que les symptômes aient été présents avant l'âge de 7 ans | SD | 47,54 |
| | 20- Dans les cas sévères de TDAH, les médicaments sont souvent utilisés avant de tenter des techniques de modification comportementale | T | 40,98 |
| Groupe 2 | 27- Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familiales | CA | 76,19 |
| | 4- Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères | CA | 66,67 |
| | 8- Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH. | T | 42,86 |
| | 30- Chez les très jeunes enfants (moins de 4 ans), les problèmes de comportement des enfants avec TDAH (par exemple, l'hyperactivité) sont très différents des comportements retrouvés chez les enfants du même âge sans TDAH | CA | 38,10 |
| | 1- La plupart des estimations indiquent que le TDAH survient chez environ 15% des enfants en âge scolaire | CA | 33,33 |
| Groupe 3 | 27- Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familiales | CA | 56,36 |
| | 8- Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH. | T | 45,45 |
| | 4- Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères | CA | 43,64 |
| | 34- Les interventions comportementales / psychologiques chez les enfants avec TDAH sont axées principalement sur les problèmes des enfants avec déficit attentionnel | T | 36,36 |
| | 1- La plupart des estimations indiquent que le TDAH survient chez environ 15% des enfants en âge scolaire | CA | 34,55 |
| Groupe 4 | 27- Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familiales | CA | 80,00 |
| | 4- Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères | CA | 53,33 |
| | 32- La majorité des enfants avec TDAH ont tendance à avoir de faibles résultats scolaires au cours des années d'école élémentaire | CA | 46,67 |
| | 5- Pour qu'un enfant soit diagnostiqué TDAH, il faut que les symptômes aient été présents avant l'âge de 7 ans | SD | 44,44 |
| | 39- Les enfants avec TDAH manifestent généralement une adhésion inflexible à des routines ou à des rituels spécifiques | | 44,44 |

Analyse des corrélations :

Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, les connaissances sur les « caractéristiques associées » augmentent avec l'âge et l'expérience professionnelle ($r=0,28$; $p=0,00$ » et $r=0,31$; $p=0,02$). Dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres, les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » augmentent avec l'âge et l'expérience professionnelle ($r=0,27$; $p=0,047$ et $r=0,33$; $p=0,02$). Les connaissances des médecins généralistes et des pédiatres sur « les caractéristiques associées » et « les symptômes » du TDAH sont corrélées négativement avec la « restriction sociale » ($r=-0,32$; $p=0,02$ et $r=-0,35$; $p=0,009$), et les connaissances des psychiatres et des pédopsychiatres sur le « traitement » sont corrélées positivement à la bienveillance ($r=0,38$; $p=0,003$).

ASK-Q

La population totale de l'étude (N=203) a obtenu les moyennes suivantes à l'échelle ASK-Q :

- Diagnostic/symptômes : 14,68 (SE=0,12)
- Etiologie : 13,63 (SE=0,09)
- Traitement : 12,07 (SE=0,09)
- Stigmatisation : 6,23 (SE=0,06)

L'analyse ANOVA montre un effet de groupe pour le score total de l'ASK-Q ($F(3,199) = 3,7579$, $p=0,01176$). L'analyse post-hocs trouve des différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 3 ($p=0,03$) ; le groupe 1 et le groupe 4 ($p=0,01$) ; le groupe 2 et le groupe 3 ($p=0,02$) ; le groupe 2 et le groupe 4 ($p=0,01$). Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2, et entre le groupe 3 et le groupe 4.

L'analyse ANOVA montre un effet de groupe pour les sous-échelles de l'ASK-Q ($F(3,199) = 2,9307$, $p=0,03472$). L'analyse post-hocs trouve des différences significatives entre : le groupe 1 et le groupe 3 ($p=0,03$) ; le groupe 1 et le groupe 4 ($p=0,04$) ; le groupe 2 et le groupe 3 ($p=0,04$) ; le groupe 2 et le groupe 4 ($p=0,05$). Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 et entre le groupe 3 et le groupe 4.

Tableau 10 : les moyennes obtenues par les groupes aux 4 sous échelles

| | Sous échelles | Moyenne | SE |
|------------------|-----------------------------|---------|------|
| Groupe 1 N=61 | Diagnostic/symptômes | 15,11 | 0,21 |
| | Etiologie | 13,95 | 0,17 |
| | Traitement | 11,89 | 0,17 |
| | Stigmatisation | 6,31 | 0,11 |
| | Moyenne des 4 sous échelles | 11,82 | 0,10 |
| Groupe 2 N=42 | Diagnostic/symptômes | 15,19 | 0,26 |
| | Etiologie | 13,64 | 0,20 |
| | Traitement | 12,33 | 0,20 |
| | Stigmatisation | 6,14 | 0,13 |
| | Moyenne des 4 sous échelles | 11,83 | 0,12 |
| Groupe 3 N=55 | Diagnostic/symptômes | 14,51 | 0,22 |
| | Etiologie | 13,45 | 0,18 |
| | Traitement | 11,84 | 0,18 |
| | Stigmatisation | 6,15 | 0,12 |
| | Moyenne des 4 sous échelles | 11,49 | 0,11 |
| Groupe 4 N=45 | Diagnostic/symptômes | 13,91 | 0,25 |
| | Etiologie | 13,49 | 0,20 |
| | Traitement | 12,22 | 0,20 |
| | Stigmatisation | 6,33 | 0,13 |
| | Moyenne des 4 sous échelles | 11,49 | 0,12 |

L'analyse ANOVA montre un effet du questionnaire ($F(3,597)=1918,6$, $p=0,00$). L'analyse post-hocs trouve des différences significatives entre les 4 sous échelles ($p=0,00$).

L'analyse révèle des corrélations positives entre : (1) diagnostic/symptômes et (2) étiologie ($r=0,22$; $p=0,002$) ; (2) étiologie et (4) stigmatisation ($r=0,45$; $p=0,00$) ; (3) traitement et (4) stigmatisation ($r=0,23$; $p=0,001$). L'analyse ANOVA montre une interaction entre les groupes et le questionnaire ASK-Q ($F(9,597)=3,5762$, $p=0,00024$).

Analyse des corrélations :

Dans les groupe 1 et 2, la sous échelle « stigmatisation » est corrélée positivement avec la sous échelle « étiologie » (Gp 1 : $r=0,45$; $p=0,00$ & Gp 2 : $r=0,57$; $p=0,00$) et avec le score total ASK-Q (Gp 1 : $r=0,36$; $p=0,05$ & Gp 2 : $r=0,31$; $p=0,047$) ; dans le groupe 3 elle est corrélée positivement avec la sous échelle « étiologie » ($r=0,40$; $p=0,03$) ; dans le groupe 4

elle est corrélée positivement avec les sous échelles « étiologie » ($r=0,41$; $p=0,05$), « traitement » ($r=0,33$; $p=0,03$) et le score total ASK-Q ($r=0,37$; $p=0,01$).

Adult State Hope Scale

Les moyennes obtenues sont les suivantes : pour la composante opératoire = 15,80 (3,00-21,00 ; $SD=3,15$) ; pour la composante motivationnelle = 15,68 (3,00-21,00 ; $SD=3,43$).

L'analyse ANOVA ne montre pas d'effet de groupe pour l'échelle d'espoir ($p = 0,71$). L'analyse ANOVA ne montre pas d'effet du questionnaire ($p = 0,42$). L'analyse ANOVA ne retrouve pas d'interaction entre les groupes et le questionnaire d'espoir ($p = 0,97$).

Analyse des corrélations pour le TDAH et le TSA

Pour le TDAH

Les deux composantes de l'espoir (opératoire et motivationnelle) sont corrélées positivement entre elles dans l'ensemble de la population de l'étude.

Composante opératoire

Dans notre population d'étude ($N=203$), la composante opératoire de l'espoir est corrélée positivement avec l'âge ($r=0,17$; $p=0,01$), avec la sous échelle « image de soi négative » ($r=0,14$; $p=0,04$) et négativement avec le score total entité ($r=0,17$; $p=0,02$).

Dans le groupe des psychologues, la composante opératoire de l'espoir à l'égard du TDAH est corrélée négativement avec le stéréotype positif de « bienveillance » ($r=-0,43$; $p=0,005$).

Dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres, les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents sont corrélées positivement avec la composante opératoire pour la sous échelle « image de soi négative » ($r=0,29$; $p=0,03$). Dans le groupe des enseignants, elles sont corrélées négativement avec la composante opératoire pour la sous échelle « préoccupations vis à vis des attitudes de la population générale » ($r=-0,34$; $p=0,02$). Dans le groupe des enseignants, le score total entité est corrélé négativement avec la composante opératoire de l'espoir ($r=-0,31$; $p=0,04$).

Composante motivationnelle

Dans notre population d'étude (N=203), la composante motivationnelle de l'espoir est corrélée positivement avec « l'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=0,15$; $p=0,03$) et négativement avec le score total entité ($r=-0,21$; $p=0,003$) et avec la « restriction sociale » ($r=-0,19$; $p=0,006$). Dans le groupe 1 et le groupe 4, le stéréotype positif « d'idéologie de la communauté sur la santé mentale » augmente avec la composante motivationnelle de l'espoir ($r=0,33$; $p=0,01$ et $r=0,31$; $p=0,04$). Dans le groupe 2, la composante motivationnelle est corrélée négativement avec le stéréotype positif de « bienveillance » ($r=-0,40$; $p=0,008$), et dans le groupe 3 elle est corrélée négativement avec le stéréotype positif « d'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r=-0,27$; $p=0,047$). Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents sont corrélées positivement avec la composante motivationnelle de l'espoir pour la sous échelle « image de soi négative » ($r=0,26$; $p=0,047$). Dans le groupe des enseignants, elles sont corrélées négativement avec la composante motivationnelle pour la sous échelle « préoccupations vis à vis des attitudes de la population générale » ($r=-0,35$; $p=0,02$). Le score total entité est corrélé négativement avec la composante motivationnelle de l'espoir dans le groupe des psychologues et des enseignants ($r=-0,36$; $p=0,02$ et $r=-0,32$; $p=0,03$).

Pour le TSA

Les deux composantes de l'espoir (opératoire et motivationnelle) sont corrélées positivement entre elles dans l'ensemble de l'échantillon.

Composante opératoire

Dans notre population d'étude (N=203), la composante opératoire de l'espoir est corrélée positivement à l'âge ($r=0,17$; $p=0,01$) et négativement à la théorie de l'entité ($r=-0,19$; $p=0,007$). Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, le stéréotype positif « d'idéologie de la communauté vis à vis des soins communautaires » est corrélé positivement avec la composante opératoire de l'espoir ($r=0,26$; $p=0,04$). Dans le groupe des enseignants, le stéréotype positif de bienveillance est corrélé positivement avec la composante opératoire de l'espoir ($r=0,45$; $p=0,002$). Le stéréotype négatif de restriction sociale est corrélé négativement avec la composante opératoire dans le groupe des psychiatres et pédopsychiatres ($r=-0,26$; $p=0,047$). Dans le groupe des médecins généralistes et des

pédiatres, les connaissances sur « l'étiologie » sont corrélées négativement avec la composante opératoire ($r=-0,29$; $p=0,03$). Dans le groupe des enseignants, les connaissances sur « le traitement » sont corrélées positivement avec la composante opératoire ($r=0,45$; $p=0,002$). Le score total entité est corrélé négativement avec la composante opératoire dans le groupe des enseignants ($r=-0,31$; $p=0,04$).

Composante motivationnelle

Dans notre population d'étude, la composante motivationnelle de l'espoir est corrélée négativement à la théorie de l'entité ($r=-0,25$; $p=0,00$).

Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, la composante motivationnelle est corrélée positivement avec des attitudes positives vis à vis des soins communautaires ($r=0,32$; $p=0,01$) et elle est corrélée négativement avec la restriction sociale ($r=-0,27$; $p=0,04$). Dans le groupe des enseignants, la composante motivationnelle est corrélée positivement avec le stéréotype positif de bienveillance ($r=0,41$; $p=0,005$) et avec le stéréotype négatif de restriction sociale ($r=0,31$; $p=0,04$). Les connaissances sur « le traitement » sont corrélées positivement avec la composante motivationnelle de l'espoir dans le groupe des enseignants ($r=0,30$; $p=0,04$). Le score total entité est corrélé négativement avec la composante motivationnelle de l'espoir dans le groupe des enseignants ($r=-0,47$; $p=0,001$).

Age et expérience professionnelle

Pour le TDAH

Dans notre population d'étude ($N=203$), l'âge était corrélé positivement à l'expérience professionnelle ($r=0,87$; $p=0,00$), à « l'autoritarisme » ($r=0,15$; $p=0,04$) et à la composante opératoire de l'espoir ($r=0,17$; $p=0,01$) ; et négativement à la sous échelle « image de soi négative » ($r=-0,15$; $p=0,03$).

Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, les connaissances sur les « caractéristiques associées » étaient corrélées positivement à l'âge ($r=0,28$; $p=0,03$) et à l'expérience professionnelle ($r=0,31$; $p=0,02$) ; dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres, les connaissances sur « les symptômes/diagnostic » étaient corrélées positivement à l'âge ($r=0,27$; $p=0,047$) et à l'expérience professionnelle ($r=0,33$; $p=0,02$). Dans le groupe des psychologues, l'âge était corrélé négativement avec le stéréotype positif

de « bienveillance » ($r=-0,34$; $p=0,03$). Dans le groupe des enseignants, l'expérience professionnelle était corrélée positivement avec le stéréotype négatif de « restriction sociale » ($r=0,30$; $p=0,048$). Dans le groupe des psychologues, l'âge et l'expérience professionnelle étaient corrélées négativement avec la sous échelle « image de soi négative » ($r=-0,37$; $p=0,02$) et $r=-0,33$; $p=0,03$).

Pour le TSA

Dans notre population d'étude ($N=203$), l'âge est corrélé positivement à la composante opératoire de l'espoir ($r=0,17$; $p=0,01$) et à l'expérience professionnelle ($r=0,87$; $p=0,00$).

Dans le groupe des médecins généralistes et des pédiatres, les connaissances sur « l'étiologie » du TSA étaient corrélées positivement avec l'âge ($r=0,27$; $p=0,04$). Dans le groupe des psychiatres et des pédopsychiatres, l'âge et l'expérience professionnelle étaient corrélées positivement avec le stéréotype positif « d'idéologie de la communauté sur la santé mentale » ($r= 0,37$; $p=0,003$).

IV) Discussion

Résultats principaux

Pour le TDAH

Les résultats ont montré que notre population d'étude a plutôt adhéré à une théorie incrémentielle du TDAH.

Si on s'intéresse plus précisément aux différences en fonction des professions, on remarque que les psychiatres et les pédopsychiatres ont obtenu le score total d'entité du TDAH le plus faible. Ils étaient suivis par les médecins généralistes et les pédiatres, puis par les enseignants et les psychologues. Ces résultats suggèrent que les psychiatres et les pédopsychiatres ont la vision la moins fixe du TDAH au sein de notre population d'étude. On peut supposer qu'ils ont reçu plus de formation sur le TDAH, qu'ils sont généralement en première ligne dans le suivi des enfants et adolescents avec TDAH, et que de ce fait ils sont plus à même de se rendre compte des progrès réalisés par ces enfants.

Dans notre population d'étude, l'adhésion à une théorie de l'entité du TDAH était associée à une baisse de l'espoir, et l'espoir augmentait avec l'âge des participants.

Chez les enseignants, l'adhésion à une théorie de l'entité était associée à moins d'attitudes positives à l'égard des soins communautaires pour les enfants et les adolescents avec TDAH. Ce résultat est en faveur d'un lien entre les théories implicites et les stéréotypes que l'on retrouve dans la littérature scientifique. En effet, il est cohérent avec les résultats expérimentaux de Levy & Stroesser (1998) qui ont montré que des individus ayant une théorie de l'entité adhéraient plus fortement aux stéréotypes raciaux qu'ils soient positifs ou négatifs. Selon Levy & Stroesser, les théories implicites permettraient de prédire le taux d'adhésion aux stéréotypes et de comprendre pourquoi certaines personnes ont tendance à adopter des stéréotypes sociaux plus marqués que d'autres. En effet, les théoriciens de l'entité, qui jugent plus rapidement et de manière plus tranchée les individus sur des données préliminaires, ont tendance à recourir à plus de stéréotypes dans leur évaluation d'une personne que les théoriciens incrémentiels (Rydell, 2007).

Dans notre étude, la théorie de l'entité du TDAH était corrélée à une plus forte tendance à juger par le biais de stéréotypes chez les enseignants. Ces résultats suggèrent qu'avoir une vision du TDAH comme d'un processus fixe et non modifiable est associée à un jugement plus global des enfants et des adolescents avec TDAH, et à une opinion moins favorable à l'égard des soins communautaires.

Chez les psychologues, l'adhésion à une théorie de l'entité était associée à moins de perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents (« image de soi négative »). On peut supposer que plus on considère le TDAH comme un trouble fixe moins on est sensible à la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH.

Dans notre population d'étude, les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » du TDAH étaient associées à moins de stéréotype négatif de « restriction sociale », et les connaissances sur le « traitement » du TDAH étaient associées à plus « d'attitudes positives vis à vis des soins communautaires » pour les enfants avec TDAH.

Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, les connaissances sur le « traitement » étaient associées à plus de stéréotype positif de « bienveillance ». Chez les médecins généralistes et les pédiatres, les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » et les « caractéristiques associées » étaient associées à moins de stéréotype négatif de « restriction sociale ».

Ces résultats confirment une de nos hypothèses d'étude : chez les psychiatres, les pédopsychiatres, les médecins généralistes et les pédiatres, de meilleures connaissances sur le TDAH sont associées à plus de stéréotypes positifs et à moins de stéréotypes négatifs à l'égard de ce trouble.

Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, les connaissances sur les « caractéristiques associées » augmentaient avec l'âge et l'expérience professionnelle. Chez les médecins généralistes et les pédiatres, les connaissances sur « les symptômes/diagnostic » augmentaient avec l'âge et l'expérience professionnelle. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs études réalisées chez des enseignants (Sciutto, 2000 ; Kleyhans, 2005 ; Perold & Kleyhans, 2010 ; Sciutto, 2016).

Dans notre échantillon global (N=203), les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH (« image de soi négative ») étaient associées à moins de stéréotypes négatifs. L'ensemble des perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH était associé à plus de stéréotype positif de « bienveillance ».

Ces résultats confirment une de nos hypothèses d'étude : les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et adolescents avec TDAH sont associées à plus de stéréotypes positifs et à moins de stéréotypes négatifs.

Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, les perceptions sur la stigmatisation (« image de soi négative » ; « préoccupations concernant la divulgation ») étaient associés à moins « d'autoritarisme », et l'ensemble des perceptions sur la stigmatisation étaient associées à plus de stéréotype positif « bienveillance ». Chez les médecins généralistes et les pédiatres, les perceptions sur la stigmatisation (« image de soi négative ») étaient associées à plus de « bienveillance ». Chez les psychologues, les perceptions sur la stigmatisation (« préoccupations concernant la divulgation » ; « préoccupations vis à vis des attitudes de la population générale ») étaient associés à plus de « bienveillance ».

Dans notre échantillon global (N=203), le stéréotype négatif « d'autoritarisme » augmentait avec l'âge des participants.

Chez les psychologues, le stéréotype positif de « bienveillance » diminuait avec l'âge et les perceptions sur la stigmatisation (« image de soi négative ») diminuaient avec l'âge et l'expérience professionnelle. Chez les enseignants, les années d'expérience étaient associées à plus de stéréotype négatif de « restriction sociale ». Ces résultats qui peuvent paraître surprenants sont corroborés par ceux de Loch et al. (2013), qui ont montré que des médecins plus jeunes avaient un niveau modéré de stéréotypes, tandis que des médecins plus âgés présentaient un niveau élevé de stéréotypes. Ils sont également en accord avec le travail de Scott et al. (1985) qui a montré que les jeunes infirmiers avaient des attitudes moins autoritaires et moins impersonnelles à l'égard des patients que les infirmiers plus âgés, et de Tay et al. (2004) qui ont mis en évidence que les infirmiers entre 31 et 50 ans étaient ceux qui avaient les attitudes les plus positives vis à vis des patients psychiatriques.

Dans le cadre de notre étude, on peut émettre l'hypothèse d'un manque de formation sur le TDAH chez les psychologues et les enseignants. De plus, la formation professionnelle des médecins (psychiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes et pédiatres) est différente de celle des psychologues et des enseignants. Les référentiels théoriques utilisés par les psychologues peuvent être différents de ceux des médecins.

Pour le TSA

Nos résultats ont montré que notre population d'étude a plutôt adhéré à une théorie incrémentielle du TSA.

Si on s'intéresse plus précisément aux différences en fonction des professions, on remarque que les psychiatres et les pédopsychiatres ont obtenu le score total d'entité du TSA le plus

faible. De la même façon que pour le TDAH, ils étaient suivis par les médecins généralistes et les pédiatres, puis par les enseignants et les psychologues. Ces résultats suggèrent que les psychiatres et les pédopsychiatres ont la vision la moins fixe du TSA au sein de notre population d'étude. Comme pour le TDAH, on peut supposer qu'ils ont bénéficié de plus de formation sur le TSA, mais aussi qu'ils ont plus d'expérience avec les enfants TSA. En effet, les psychiatres et les pédopsychiatres sont en première ligne dans le suivi des enfants avec TSA, ils entretiennent plus de lien avec eux par le biais d'un suivi régulier et ont de ce fait une vision plus éclairée sur leur évolution.

D'autre part, les résultats ont montré que les participants avaient une vision plus fixe du TSA que du TDAH. On peut supposer qu'ils pensaient que le TDAH est plus susceptible d'évoluer que le TSA. Ces résultats peuvent être mis en lien avec les représentations sur les troubles neurodéveloppementaux. Le TSA est un trouble du neurodéveloppement considéré comme plus grave que le TDAH, et le TDAH est plus souvent considéré comme un trouble du comportement que comme un trouble du neurodéveloppement.

De la même façon que pour le TDAH, l'adhésion à une théorie de l'entité du TDAH était associée à une baisse de l'espoir, et l'espoir augmentait avec l'âge des participants.

Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, la théorie de l'entité augmentait avec l'âge et les années d'expérience. A l'inverse, chez les médecins généralistes et les pédiatres la théorie de l'entité diminuait avec l'âge et l'expérience professionnelle, et chez les enseignants la théorie de l'entité diminuait avec l'âge. Malgré le fait que les psychiatres et les pédopsychiatres ont le score total d'entité le plus faible, ils ont tendance à plus adhérer à une théorie de l'entité avec l'âge et l'expérience professionnelle et donc à avoir une vision plus fixe du TSA. Le plus souvent, les psychiatres et les pédopsychiatres assurent le suivi des enfants TSA sur de longue durée. Ils sont de ce fait plus exposés aux enfants TSA et confrontés à de nombreuses difficultés en lien avec la prise en charge. A l'inverse, les médecins généralistes, les pédiatres et les enseignants ont tendance à moins adhérer à une théorie de l'entité avec l'âge et l'expérience professionnelle et donc à avoir une vision moins fixe du TSA.

De la même façon que pour le TDAH, l'adhésion à une théorie de l'entité du TSA était associée à moins de stéréotypes positifs à l'égard du TSA chez les enseignants. Ce résultat est en faveur d'un lien entre les théories implicites et les stéréotypes que l'on retrouve dans la littérature scientifique, et corrobore les résultats expérimentaux de Levy & Stroesser (1998)

Dans l'ensemble de l'échantillon (N=203), les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » du TSA et le score total ASK-Q étaient associés à plus de stéréotype négatif « d'autoritarisme » et à plus de stéréotype positif « d'idéologie de la communauté sur la santé mentale ». Les connaissances sur « le traitement », la sous échelle « de non approbation de la stigmatisation » et le score total ASK-Q étaient associés à plus de stéréotype positif de « bienveillance ». Au total, les connaissances sur le TSA étaient associées à des stéréotypes positifs et négatifs à l'égard du TSA. Tandis que les connaissances sur le TDAH étaient associées à plus de stéréotypes positifs et moins de stéréotypes négatifs.

Chez les psychiatres, les pédopsychiatres et les enseignants, les connaissances sur le « traitement » étaient associées à plus de stéréotype positif de « bienveillance ». Chez les psychologues, le score total ASK-Q était associé à plus de « bienveillance ». Chez les médecins généralistes et les pédiatres, les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » étaient associées à plus de stéréotypes positifs de bienveillance et d'attitudes positives vis à vis des soins communautaires à l'égard du TSA.

La sous-échelle de l'ASK-Q évaluant « la non approbation de la stigmatisation » liée au TSA était associée à plus de connaissances dans l'ensemble de la population de l'étude.

Si on s'intéresse plus précisément aux professions on remarque que chez les psychiatres, les pédopsychiatres, les psychologues, les médecins généralistes et les pédiatres, elle était associée à plus de connaissances sur « l'étiologie » du TSA. Chez les psychiatres, les pédopsychiatres et les psychologues, le score total ASK-Q était associé à « la non approbation de la stigmatisation » liée au TSA. Chez les enseignants, elle était associée à plus de connaissances sur « l'étiologie », « le traitement » et au score total ASK-Q. Ces résultats confirment une de nos hypothèses d'étude : de meilleures connaissances sur le TSA sont associées à de plus faibles niveaux de stigmatisation. De plus, ces résultats corroborent ceux de Ohan et al. (2015).

Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, « les attitudes positives vis à vis des soins communautaires » à l'égard du TSA augmentaient avec l'âge et l'expérience professionnelle. Chez les médecins généralistes et les pédiatres, les connaissances sur « l'étiologie » du TSA augmentaient avec l'âge. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Bjorkman et al. (2008), qui avaient montré une corrélation positive entre l'âge des soignants (infirmiers en

psychiatrie) et des attitudes moins négatives envers des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Résultats secondaires

Connaissances sur le TDAH : échelle « KADDS »

Le pourcentage total de réponses correctes de notre étude est de 63%. Ce pourcentage est plus élevé que celui de l'étude de Sciutto (2000) qui était de 47,8%, et celui de l'étude de Perold & Kleyhans (2005) qui était de 42,6%. Ces deux études ont été menées au sein d'une population d'enseignants. Les pourcentages de réponses correctes obtenus à chaque sous-échelle sont supérieurs à ceux de Sciutto (2000). Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que nos populations d'étude sont différentes, et que notre population d'étude a probablement plus de formation et d'expérience avec des enfants TDAH. Ce sont les psychiatres et les pédopsychiatres qui ont obtenu les connaissances les plus élevées dans les trois sous échelles et les enseignants qui ont obtenu les connaissances les moins élevées dans les trois sous échelles.

Nos résultats ont montré que les connaissances sur les « symptômes/diagnostic » étaient supérieures aux connaissances sur « les traitements » qui étaient elles mêmes supérieures aux connaissances sur « les caractéristiques associées ».

Les idées fausses sur « les caractéristiques associées » étaient supérieures aux idées fausses sur « les traitements » qui étaient elles mêmes supérieures à celles sur les « symptômes/diagnostic ». Les résultats de Sciutto et al. (2000) avaient révélé un classement similaire.

Les réponses incorrectes (idées fausses) les plus fréquentes concernaient : l'item 27 « Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familières » (67%) ; l'item 4 « Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères » (62,07%) ; l'item 8 « Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH » (50,25%) ; l'item 5 « Pour qu'un enfant soit diagnostiqué TDAH, il faut que les symptômes aient été présents avant l'âge de 7 ans » (35,96%) ; l'item 34 « Les

interventions comportementales / psychologiques chez les enfants avec TDAH sont axées principalement sur les problèmes des enfants avec déficit attentionnel » (32,51%). Les items 5, 27 et 34 font également partie des réponses incorrectes les plus fréquentes de l'étude de Sciutto. Concernant l'item 5, le résultat peut s'expliquer par le fait qu'il fait référence au DSM IV (avant l'âge de 7 ans). Dans le DSM V, les symptômes du TDAH doivent être présents avant l'âge de 12 ans. D'autre part, il semble particulièrement important de former les professionnels aux variations comportementales des enfants avec TDAH en fonction des situations (situations nouvelles vs situations familiales ; comportement en présence du père vs de la mère) (Anastopoulos, 1996).

Le manque de connaissances dans la sous échelle « traitement » est supérieur à celui obtenu dans la sous échelle « caractéristiques associées » qui lui-même est supérieur à celui obtenu dans la sous échelle « symptômes/diagnostic ». On obtient le même ordre de classement que dans l'étude de Sciutto. Les pourcentages de réponses « je ne sais pas » dans les trois sous échelles sont inférieurs à ceux obtenus par Sciutto (2000).

Les 5 items qui ont le pourcentage le plus élevé de réponses « je ne sais pas » sont les suivants : item 35 « le traitement par électroconvulsivothérapie s'est avéré efficace pour traiter les cas sévères de TDAH » (52,71%) ; item 37 « l'utilisation prolongée de médicaments stimulants entraînent une dépendance accrue à l'âge adulte » (40,89%) ; item 1 « la plupart des estimations indiquent que le TDAH survient chez environ 15% des enfants en âge scolaire » (40,39%) ; item 8 « les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH » (36,95%) ; item 6 « le TDAH est plus fréquent chez les parents biologiques au 1^e degré que dans la population générale » (34,48%). Le manque de connaissance aux items 1 et 6 fait partie des réponses « je ne sais pas » les plus fréquentes de l'étude de Sciutto (2000) et de Perold & Kleyhans (2005). Le manque de connaissance sur l'épidémiologie du TDAH (item 1) peut conduire les professionnels à attribuer à tort des troubles du comportement au TDAH. De meilleures connaissances sur les causes du TDAH (facteurs génétiques) devraient permettre aux professionnels de mieux communiquer avec les parents et de comprendre que l'un ou les deux parents peuvent aussi avoir un TDAH (item 6). Le manque de connaissances sur les médicaments stimulants et leurs effets secondaires peut générer une réticence des médecins à les prescrire, alors qu'ils pourraient être bénéfiques à certains enfants et adolescents.

Au total, notre population d'étude a de meilleures connaissances et moins d'idées fausses sur le TDAH que la population d'étude de Sciutto (2000) et de Perold & Kleynhans (2005). De plus, le manque de connaissances sur le TDAH est inférieur dans notre étude.

Nos résultats suggèrent qu'il faudrait approfondir les connaissances sur les « caractéristiques associées » (prévalence du TDAH, facteurs génétiques, variations comportementales) et « le traitement » (traitement médicamenteux / non médicamenteux et leurs indications). En effet, les caractéristiques associées représentent les connaissances les plus faibles et les idées fausses les plus élevées. De plus, les croyances erronées sur le TDAH devraient être réfutées.

Notre population d'étude étant différente de celles de Sciutto, il nous paraît intéressant de comparer les résultats obtenus par les enseignants de notre étude avec ceux de l'étude de Sciutto. Les pourcentages de réponses correctes obtenus par les enseignants sont les suivants : 72% aux symptômes/diagnostic, 53% au traitement et 45% aux caractéristiques associées. Les réponses correctes les plus fréquentes concernaient l'échelle « symptômes/diagnostic », et les items 26, 3, 36, 9 et 13 (>90% de bonnes réponses). Ces résultats confirment le fait que les enseignants ont de bonnes capacités à reconnaître les symptômes du TDAH. Ces résultats sont en accord avec ceux de Sciutto (2000) et de la littérature scientifique.

Les réponses incorrectes les plus fréquentes concernaient l'échelle « caractéristiques associées », et les items 27, 4, 32, 5 et 39. 80% des enseignants pensaient que « les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familières ». 53% ne pensaient pas que « les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères ». 44% pensaient que « les enfants avec TDAH manifestent généralement une adhésion inflexible à des routines ou à des rituels spécifiques ». Ces résultats corroborent ceux de Sciutto, et suggèrent que les futures interventions éducatives auprès des enseignants devraient être plus axées sur « les caractéristiques associées » du TDAH que sur les symptômes principaux. De plus, l'éducation des enseignants sur les variations comportementales des enfants avec TDAH en fonction des situations semble particulièrement importante (situations nouvelles vs situations familières ; comportement en présence du père vs de la mère) (Anastopoulos, 1996).

Les idées fausses concernant « la réduction de l'apport alimentaire en sucre permettant de diminuer les symptômes du TDAH » ont été évaluées à 33% dans notre étude. Ce résultat est inférieur à ceux retrouvés dans la littérature scientifique (Jerome, 1994 ; DiBattista, 1993 ; Bekle, 2004 ; West, 2005 ; Perold, 2010). Cette idée fausse sur le traitement du TDAH reste l'une des plus répandues. L'idée fausse sur « l'adhésion inflexible aux routines » peut

indiquer une confusion des limites entre le TDAH et le TSA. Cette idée fausse peut avoir un impact sur la reconnaissance du trouble par les enseignants. Mais cette croyance erronée peut aussi refléter une tendance à attribuer quelque chose de négatif au TDAH. L'idée fausse selon laquelle « l'utilisation prolongée de médicaments stimulants entraînerait une dépendance accrue (drogue, alcool) à l'âge adulte » est assez peu répandue parmi les enseignants de notre étude (8,9%). Les futures interventions auprès des enseignants devraient également réfuter les informations inexacts sur le TDAH.

Le manque de connaissances des enseignants le plus important concernait les items 35, 37, 6, 8 et 1 (>50% de réponses « je ne sais pas »). Le manque de connaissance peut conduire les enseignants à se renseigner et à rechercher des informations complémentaires sur le TDAH. Tandis que les idées fausses peuvent les conduire à donner des recommandations inadaptées (par exemple : réduire la consommation de sucre) et à ne pas rechercher d'informations complémentaires (DiBattista ; Sciutto, 2000). La distinction entre les idées fausses et le manque d'informations est particulièrement importante pour établir le contenu des modules de formation destinés aux enseignants. Selon Kos (2004), le contenu des modules de formation destinés aux enseignants doit être bien documenté et adapté au niveau de compréhension de ces derniers afin d'obtenir les meilleures chances de modifier les idées fausses sur le TDAH.

Perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH : échelle ADHD Stigma Questionnaire

Nos résultats ont montré que l'ensemble des participants avait conscience des difficultés auxquelles sont confrontées les enfants avec TDAH. Plus les scores sont élevés, plus les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH sont importantes. Bien que les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les différents professionnels, il nous paraît intéressant de préciser que ce sont les enseignants qui ont obtenu le score total ASQ le plus élevé. Selon Bell et al. (2011), l'enseignement à des enfants avec TDAH permet d'augmenter les perceptions des enseignants sur la stigmatisation vécue par ces enfants ainsi que leur sensibilité à leur égard. Les psychiatres et les pédopsychiatres ont obtenu le score le plus élevé à la sous échelle « image de soi négative ». On peut supposer que de par leur profession ils sont plus à même de reconnaître des symptômes réactionnels à la stigmatisation vécue. Les items présents dans cette sous-échelle

font référence à des sentiments de culpabilité, d'infériorité, de mal être, d'isolement social et à une baisse de l'estime de soi.

Dans notre étude, les perceptions les plus élevées concernaient la sous échelle « image de soi négative » (75%). Ce résultat est retrouvé dans l'étude de Sumerlin (2017), mais pas dans l'étude de Bell et al. (2011). En effet, dans l'étude de Bell et al. (2011) les perceptions les plus élevées concernaient la sous échelle « préoccupations concernant la divulgation ». On peut émettre l'hypothèse que les populations d'étude étant différentes de par leur profession, elles n'ont pas les mêmes perceptions sur la stigmatisation vécue.

Dans notre étude, 99% des participants avaient conscience que « l'attitude des gens vis-à-vis du TDAH peut conduire les personnes avec TDAH à se sentir moins bien ». Ce résultat indique que la grande majorité des participants pensait que la stigmatisation peut avoir un impact sur le bien être des enfants et des adolescents avec TDAH. D'autre part, 89% pensaient « qu'une personne avec TDAH pourrait penser qu'il est risqué d'en parler aux autres ». Ce résultat suggère que la majorité des participants pensaient que les enfants et les adolescents avec TDAH craignent que la divulgation de leur trouble entraîne des réactions hostiles à leur égard. 86% pensaient que « certaines personnes agissent comme si c'était la faute de la personne si elle a un TDAH ». On peut supposer qu'ils ont pour représentation que certains individus ne considèrent pas le TDAH comme un véritable trouble du neuro-développement, et que de ce fait ils pensent que les enfants et adolescents avec TDAH sont responsables de leur trouble. Pour 86% des participants, « les points positifs des personnes avec un TDAH ont tendance à être ignorés ». Ce résultat met en avant que les perceptions des participants sur la vision du TDAH par la population générale est plutôt une vision négative de ce trouble.

Dans notre étude, les perceptions les moins élevées concernaient la sous échelle « préoccupations vis à vis des attitudes de la population générale » (64%). Ce résultat est retrouvé dans l'étude de Bell (2011). Nos résultats ont montré que seulement 24% des participants pensaient que « les personnes avec TDAH perdent leur emploi lorsque leurs employeurs découvrent leur pathologie », 33% que « la plupart des personnes avec TDAH sont rejetées lorsque les autres le découvrent », 34% « qu'en règle générale, les personnes avec TDAH pensent que le fait d'avoir parlé aux autres de leur trouble était une erreur » et 41% que « les personnes avec TDAH ont perdu des amis en leur disant qu'elles avaient un TDAH ». Nos résultats corroborent ceux de Bell et al. (2011).

En effet, peu de participants pensaient que le fait d'informer l'entourage personnel et professionnel du TDAH pouvait avoir un impact sur les relations sociales, amicales et sur l'emploi, et que ca pouvait susciter des réactions de rejet.

Dans l'étude de Bell et al.(2011), les enseignants titulaires d'un certificat d'éducation spécialisée ont obtenu des scores plus élevés que les enseignants n'ayant pas ce certificat. Les enseignants titulaires d'un certificat d'éducation spécialisée étaient plus souvent en interaction avec des enfants TDAH. De ce fait, ils étaient plus exposés à des élèves en situation de rejet que les autres enseignants. L'exposition à des enfants TDAH serait un meilleur prédicteur des perceptions sur la stigmatisation que le nombre d'années d'expérience. Dans notre étude, nous n'avons pas évalué la variable « exposition à des enfants avec TDAH ». Mais notre population d'étude était susceptible d'être en contact avec des enfants TDAH. Nos résultats ont montré que les perceptions des psychologues (sous-échelle : « image de soi négative ») avaient tendance à diminuer avec l'âge et l'expérience professionnelle.

La prise de conscience de l'impact négatif que peut avoir la stigmatisation sur l'estime de soi des enfants et des adolescents avec TDAH est essentielle. La stigmatisation peut entraîner une intériorisation de sentiments négatifs et une baisse de l'estime de soi.

La perception de la stigmatisation par les professionnels doit les conduire à mettre en place un soutien adapté pour ces enfants. En effet, ils ont besoin d'acquérir davantage de confiance en eux et de motivation pour réussir à l'école. Chez les enseignants, l'amélioration des connaissances sur le TDAH serait associée à une augmentation de leurs perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants avec TDAH. Ce qui permettrait d'améliorer leurs capacités à travailler avec ces élèves aux besoins spécifiques (Bekle, 2004) et ainsi d'améliorer les résultats scolaires de ces élèves.

Connaissances sur le TSA : échelle « Autism Stigma Knowledge - Questionnaire »

Notre population d'étude a des connaissances adéquates dans les trois sous-échelles de connaissance sur le TSA. Nos résultats ont montré que 81,66% des participants ont répondu correctement à la sous-échelle « symptômes/diagnostic », 85,31% à la sous-échelle « étiologie » et 86,00% à la sous-échelle « traitement ». Au total, les connaissances sur le TSA étaient supérieures à 80% dans les trois sous-échelles.

Si on s'intéresse plus précisément aux professions, ce sont les psychiatres, les pédopsychiatres et les psychologues qui ont les meilleures connaissances sur le TSA au sein de notre population d'étude. Les enseignants sont ceux qui ont le moins approuvé la stigmatisation liée au TSA et leurs connaissances sur l'étiologie du TSA s'amélioraient avec l'âge.

Si on s'intéresse aux items pour lesquels le manque de connaissance a été le plus important, on observe que seulement 16,25% des participants ont répondu que le TSA n'est pas un trouble de la communication (étiologie). On peut émettre l'hypothèse que la majorité des participants confond un symptôme du TSA « le déficit de la communication » avec l'étiologie du TSA. Concernant le diagnostic, 42,36% savaient qu'actuellement aucun « test médical » ne permet de diagnostiquer le TSA. En effet, le diagnostic de TSA est un diagnostic clinique qui s'appuie sur la synthèse des informations apportées par les différents professionnels médicaux, paramédicaux et psychologues ayant contribué au diagnostic clinique (utilisation d'instruments standardisés possible). Concernant les symptômes, 44,82% avaient connaissance du fait que les enfants avec TSA présentent des troubles du comportement de type agressivité ou hyperactivité. Concernant le traitement, 46,79% ont répondu qu'actuellement il n'y a pas de traitement pour le TSA. Cet item a probablement été source de confusion. En effet, on peut l'interpréter de deux façons différentes : il n'y a pas de traitement au sens « curatif », ou il n'y a pas de traitement au sens de « prise en charge ».

Concernant la stigmatisation liée au TSA, elle n'a pas été approuvée par l'ensemble des participants. En effet, nos résultats ont montré que 85,22% des participants pensaient qu'il est possible de prévenir le TSA, 99% des participants ne présentaient pas de croyances erronées au sujet de l'étiologie du TSA (malédiction, mauvais oeil infligé à la famille, causé par Dieu ou par un être suprême, parents froids et rejetant) et 92,61% des participants étaient d'accord pour dire que les troubles du comportement à type d'agressivité ne sont pas présents chez tous les enfants avec TSA. Environ 25% des participants pensaient que la plupart des enfants avec TSA ont des facultés diminuées et qu'ils ne peuvent pas vivre de façon autonome à l'âge adulte.

Nos résultats corroborent ceux de Stronach et al. (2018). Stronach et al. ont utilisé l'ASK-Q pour évaluer la compréhension et la stigmatisation de l'autisme auprès de la population générale (N=325) et d'étudiants américains (N=153). Dans leur étude, les connaissances sur

le TSA étaient supérieures à 90% dans les trois sous échelles de connaissance, et 98,11% des participants n'avaient pas approuvé la stigmatisation liée au TSA. Ces scores sont plus élevés que les nôtres et que ceux obtenus par Harrison et al. (2017). De plus, ils ont montré que les femmes, les individus en contact avec des enfants TSA et les individus ayant un niveau d'éducation plus élevé avaient de meilleures connaissances sur le TSA. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de corrélations entre le sexe et les sous échelles de l'ASK-Q. Nous n'avons pas évalué le contact avec des enfants TSA mais notre questionnaire était adressé à des professionnels de santé et à des enseignants susceptibles d'être en contact avec des enfants TSA. Dans l'étude de Harrison et al. (2017), les connaissances sur le TSA se situaient dans une fourchette allant de 55 à 73% pour les trois sous échelles de connaissance, et 70% des participants n'ont pas approuvé la stigmatisation liée au TSA. Au total, 25 à 50 % des participants avaient des connaissances insuffisantes dans plusieurs sous échelles.

Nos résultats montrent des scores de connaissances supérieurs à ceux de l'étude de Harrison et al. (2017) menée auprès de la population générale et d'étudiants universitaires. Notre population d'étude est plus susceptible d'être en contact avec des enfants TSA et d'avoir d'avantage d'expérience dans le domaine des troubles neurodéveloppementaux que la population générale. Nos résultats sont encourageants quant aux capacités des participants à contribuer au diagnostic précoce du TSA et à orienter précocement les enfants vers des services de soins spécialisés.

V) Limites et perspectives de l'étude

Limites

Notre population d'étude est essentiellement composée de femmes. Compte tenu du faible pourcentage de participants de sexe masculin, nous n'avons pas analysé la variable « sexe » dans notre étude.

Nous avons constitué quatre groupes afin d'analyser nos résultats. L'analyse ANOVA n'a pas retrouvé de différences significatives concernant l'âge et le nombre d'années d'expérience entre les groupes. Cependant, les groupes n'ont pas tous le même nombre de participants, et il n'y a pas le même nombre de participants par profession (Cf. tableau 1).

De ce fait, l'extrapolation de ces résultats à l'ensemble des psychiatres, pédopsychiatres, internes en psychiatrie, psychologues, médecins généralistes, pédiatres, internes (autres spécialités que psychiatrie) et enseignants est délicate. De plus l'absence de données sur les non-répondeurs laisse supposer que la représentativité de notre échantillon est limitée.

Notre étude présente un biais de recrutement. En effet, le questionnaire a été adressé à des professionnels travaillant dans plusieurs CHU et hôpitaux psychiatriques français, à des associations de psychiatres, de psychologues, d'internes en psychiatrie, d'internes en médecine générale et à des enseignants d'établissements scolaires français. Cette méthode ne nous permet pas de connaître le nombre exact de personnes sollicitées ni le nombre de non répondeurs. Il est également possible que notre étude présente un biais de volontariat, et que les personnes intéressées par l'étude ont plus souvent répondu à l'enquête.

D'autre part, le temps de réponse à l'enquête avait été évalué à 20-25 minutes. Il se peut que la longueur du questionnaire ait démotivée certains professionnels. De plus, le recueil des données s'est fait sur une période de trois mois. Une période de recueil plus longue nous aurait peut être permis d'obtenir d'avantage de participations.

Nous n'avons pas calculé le nombre de sujets nécessaires à l'étude. Le nombre de participants (N=203) était probablement insuffisant pour le nombre de questions posées dans le questionnaire. Lors de l'analyse factorielle, l'alpha de Cronbach était faible pour certaines échelles (CAMI, TIMM, ASK-Q). Il serait intéressant de réévaluer la cohérence interne de ces échelles sur un échantillon plus grand. Au vu du nombre restreint de participants, les résultats présentés dans cette étude sont à interpréter avec précaution.

Notre étude a évalué les connaissances et les représentations des soignants et des enseignants sur le TDAH et le TSA à partir d'un questionnaire en ligne. Il est difficile de dire à quel point les connaissances et les croyances rapportées par les réponses au questionnaire traduisent les connaissances et les croyances "in situ" des professionnels.

A propos des théories implicites, nous savons qu'elles peuvent être modulées par le contexte et le climat ambiant. Une évaluation implicite de ces théories pourrait apporter un éclairage complémentaire à notre travail. Selon Lufftenger et al. (2017), cette méthode d'évaluation implicite permettrait de s'émanciper du biais de désirabilité sociale et d'accéder à des dispositions inconscientes qui ne sont pas évaluables par les mesures explicites.

Perspectives

Pour les recherches futures, il serait intéressant de diviser le questionnaire en deux parties distinctes : un questionnaire sur le TDAH et un questionnaire sur le TSA. En effet, la longueur du questionnaire a probablement démotivé certains professionnels. De plus, il faudrait un échantillon plus important de participants afin d'augmenter la fiabilité de nos résultats. Des paramètres, tels que l'exposition à des enfants avec TDAH et/ou avec TSA et une formation sur les troubles neurodéveloppementaux (TDAH, TSA), devraient être évalués. En effet, la littérature scientifique rapporte que l'exposition à des enfants avec TDAH et/ou avec TSA est une source d'informations sur les symptômes qui permet d'augmenter les connaissances. Il serait également intéressant d'évaluer l'influence d'une formation spécialisée sur le niveau de connaissance, les stéréotypes et la stigmatisation associée au TDAH et au TSA. La formation devrait être adaptée aux professions et axée sur les domaines dans lesquels les professionnels ont le plus de lacunes.

De la même manière que dans les études de Aronson (2002) et de Cury (2006, 2008), il serait intéressant d'évaluer l'influence de l'induction d'une théorie incrémentielle chez les participants afin d'observer si elle entraîne une amélioration du niveau de connaissances et une diminution du degré de stigmatisation.

Pour finir, les recherches futures devraient également approfondir les connaissances sur la stigmatisation des enfants et des adolescents. En effet, beaucoup d'enfants et d'adolescents ont des problèmes liés à la santé mentale et peuvent être victimes de stigmatisation.

VI) Conclusion

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances et les représentations mentales des soignants (psychiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes, pédiatres, internes et psychologues) et des enseignants sur les troubles neurodéveloppementaux TDAH et TSA. Ce sont les psychiatres et les pédopsychiatres qui avaient la vision la moins fixe sur le TDAH et sur le TSA (théorie de l'entité la plus faible). De par leur profession ils entretiennent un lien étroit avec ces enfants et sont de ce fait plus à même de se rendre compte de leur évolution. D'autre part, l'ensemble des participants avait une vision plus fixe du TSA que du TDAH, ce qui laisse supposer qu'ils pensaient que le TDAH est plus susceptible d'évoluer que le TSA. Ces résultats peuvent être mis en lien avec les représentations mentales sur les troubles neurodéveloppementaux et nous laissent penser que le TSA est considéré comme un trouble du neurodéveloppement plus grave que le TDAH. D'autre part, l'adhésion à une théorie de l'entité du TDAH et du TSA était associée à une baisse de l'espoir dans l'ensemble de notre échantillon.

Notre étude nous a permis de répondre à certains de nos objectifs. Concernant le TDAH, nous avons mis en évidence un lien entre les théories implicites et les stéréotypes. Chez les enseignants, l'adhésion à une théorie de l'entité du TDAH était associée à moins d'attitudes positives à l'égard des soins communautaires pour les enfants et les adolescents avec TDAH. Chez les psychologues, l'adhésion à une théorie de l'entité était associée à moins de perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents. Chez les psychiatres, les pédopsychiatres, les médecins généralistes et les pédiatres, de meilleures connaissances sur le TDAH étaient associées à plus de stéréotypes positifs et à moins de stéréotypes négatifs à l'égard du TDAH. Dans notre échantillon global, les perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et adolescents avec TDAH étaient associées à plus de stéréotypes positifs et à moins de stéréotypes négatifs. Chez les psychiatres, les pédopsychiatres, les médecins généralistes et les pédiatres, les connaissances sur le TDAH s'amélioraient avec l'âge.

Notre population d'étude a obtenu 63% de réponses correctes au questionnaire sur les connaissances du TDAH. Ce sont les psychiatres et les pédopsychiatres qui avaient les connaissances les plus élevées sur le TDAH et les enseignants les connaissances les moins élevées. Nos résultats ont montré qu'il faudrait approfondir les connaissances sur les « caractéristiques associées » et le « traitement ». Concernant l'évaluation des perceptions sur la stigmatisation vécue par les enfants et les adolescents avec TDAH, l'ensemble des

participants avait de bonnes perceptions, en particulier à la sous-échelle sur « l'image de soi négative ».

Concernant le TSA, malgré le fait que les psychiatres et les pédopsychiatres avaient le score total d'entité le plus faible, ils avaient tendance à plus adhérer à une théorie de l'entité avec l'âge et l'expérience professionnelle et donc à avoir une vision plus fixe du TSA. A l'inverse, les médecins généralistes, les pédiatres et les enseignants avaient tendance à moins adhérer à une théorie de l'entité avec l'âge et l'expérience professionnelle et donc à avoir une vision moins fixe du TSA. De la même façon que pour le TDAH, nous avons mis en évidence un lien entre les théories implicites et les stéréotypes. En effet, l'adhésion à une théorie de l'entité du TSA était associée à moins de stéréotypes positifs à l'égard du TSA chez les enseignants. Dans notre échantillon global, les connaissances sur le TSA étaient associées à des stéréotypes positifs et négatifs à l'égard du TSA, et de meilleures connaissances sur le TSA étaient associées à de plus faibles niveaux de stigmatisation. Chez les psychiatres et les pédopsychiatres, les stéréotypes positifs à l'égard du TSA augmentaient avec l'âge et l'expérience professionnelle. Chez les médecins généralistes et les pédiatres, les connaissances sur le TSA augmentaient avec l'âge. L'évaluation des connaissances sur le TSA a montré que les participants avaient des connaissances supérieures à 80% dans les trois sous échelles de connaissance, et que la stigmatisation liée au TSA n'était pas approuvée par la grande majorité de notre échantillon. Nos résultats sont encourageants quant aux capacités des participants à contribuer au diagnostic précoce du TSA et à orienter précocement les enfants vers des services de soins spécialisés.

Pour les recherches futures, il serait intéressant d'évaluer séparément le TDAH et le TSA et de tenir compte de variables supplémentaires tels que : l'exposition à des enfants avec TDAH/TSA, et le fait d'avoir reçu une formation sur les troubles du neurodéveloppement (TDAH/TSA). Ce travail confirme l'impact des connaissances et des croyances des soignants et des enseignants sur les stéréotypes et la stigmatisation. Le développement de programmes de formation sur les troubles du neurodéveloppement nous semble particulièrement important afin d'améliorer les connaissances et de faire évoluer les représentations mentales et les croyances, dans le but de diminuer les stéréotypes et la stigmatisation.

VII) Annexes (questionnaires utilisés)

ASQ-ADHD Stigma Questionnaire (Kellison, Bussing et al., 2010)

Cette échelle porte sur certains des aspects sociaux et émotionnels du TDAH.

Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à votre opinion.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, nous voulons simplement connaître votre point de vue. Les questions concernent des expériences, des sentiments et des opinions que les personnes avec TDAH pourraient avoir, et sur la manière dont elles sont traitées.

Faites de votre mieux pour répondre à chaque question.

Réponses : Pas du tout d'accord/Pas d'accord/D'accord/Tout à fait d'accord

1. Les personnes avec TDAH se sentent coupables de leur trouble
2. L'attitude des gens vis à vis du TDAH peut conduire les personnes avec TDAH à se sentir moins bien
3. Une personne avec TDAH pourrait penser qu'il est risqué d'en parler aux autres
4. Les personnes avec TDAH perdent leur emploi lorsque leurs employeurs découvrent leur pathologie
5. Les personnes avec TDAH font tout pour garder leur trouble secret
6. Les personnes avec TDAH ont le sentiment qu'elles ne sont pas des personnes aussi bien que les autres parce qu'elles ont un TDAH
7. Les personnes avec TDAH sont traitées comme des exclus
8. Les personnes avec TDAH se sentent inférieures à cause de cela
9. Après avoir appris qu'elles ont un TDAH, les personnes peuvent se sentir seules et isolées du reste du monde
10. La plupart des gens pensent qu'une personne avec TDAH est inférieure
11. Une personne avec TDAH se sent mal à cause de cela
12. La plupart des personnes avec TDAH sont rejetées lorsque les autres le découvrent
13. Les personnes avec TDAH font très attention à qui elles parlent de leur trouble
14. Certaines personnes qui apprennent qu'une autre a un TDAH se montrent plus distantes avec elle
15. Après avoir appris qu'elles ont un TDAH, les personnes s'inquiètent de la discrimination qu'elles vont subir de la part des autres

16. La plupart des gens sont mal à l'aise avec une personne qui a un TDAH
17. Les personnes avec un TDAH s'inquiètent du fait que les autres puissent les juger quand ils apprendront qu'elles ont un TDAH
18. Les personnes avec TDAH regrettent d'avoir parlé de leur trouble à certaines personnes
19. En règle générale, les personnes avec TDAH pensent que le fait d'avoir parlé aux autres de leur trouble était une erreur
20. Les gens ne veulent pas qu'une personne avec TDAH fréquente leur enfant une fois qu'ils apprennent que cette personne a un TDAH
21. Certaines personnes agissent comme si c'était la faute de la personne si elle a un TDAH
22. Les personnes avec TDAH ont perdu des amis en leur disant qu'elles avaient un TDAH
23. Les personnes avec TDAH ont dit à leurs proches de garder secret le fait qu'elles ont un TDAH
24. Les points positifs des personnes avec un TDAH ont tendance à être ignorés
25. Les gens semblent avoir peur d'une personne avec un TDAH une fois qu'ils ont appris qu'elle a un TDAH
26. Lorsque les gens apprennent qu'une personne a un TDAH ils cherchent des défauts dans leur caractère

KADDS - Knowledge Attention Deficit Disorder Scale (Sciutto et al., 2000)

Questionnaire sur les connaissances et les idées fausses du TDAH.

Veillez répondre aux questions suivantes concernant le trouble du déficit de l'attention +/- hyperactivité (TDAH).

Réponses : Vrai/Faux/Je ne sais pas

1. La plupart des estimations indiquent que le TDAH survient chez environ 15% des enfants en âge scolaire
2. Les recherches actuelles suggèrent que le TDAH résulte en grande partie de carences éducatives
3. Les enfants avec TDAH sont souvent distraits par des stimuli extérieurs.

4. Les enfants avec TDAH respectent généralement plus leurs pères que leurs mères.
5. Pour qu'un enfant soit diagnostiqué TDAH, il faut que les symptômes aient été présents avant l'âge de 7 ans.
6. Le TDAH est plus fréquent chez les parents biologiques au premier degré (c'est-à-dire la mère et le père) des enfants avec TDAH que dans la population générale.
7. Un des symptômes des enfants avec TDAH est qu'ils ont fait preuve de cruauté physique envers les autres.
8. Les traitements antidépresseurs ont été efficaces dans la réduction des symptômes chez beaucoup d'enfants avec TDAH.
9. Les enfants avec TDAH s'agitent ou se tortillent souvent sur leur chaise.
10. La formation des parents et des enseignants à la gestion d'un enfant avec TDAH est généralement efficace lorsqu'elle est associée à un traitement médicamenteux.
11. Il est fréquent que les enfants avec TDAH aient un sentiment exagéré d'estime de soi ou de folie des grandeurs.
12. Lorsque le traitement d'un enfant avec TDAH est terminé, il est rare que ses symptômes réapparaissent.
13. Il est possible qu'un adulte soit diagnostiqué avec TDAH.
14. Chez les enfants avec TDAH on retrouve souvent une histoire de vol ou de destructions d'objets appartenant aux autres.
15. Les effets secondaires des médicaments stimulants utilisés dans le traitement du TDAH peuvent comprendre une légère insomnie et une réduction de l'appétit.
16. La connaissance actuelle du TDAH suggère deux groupes de symptômes: un avec inattention et un autre avec hyperactivité/impulsivité.
17. Les symptômes de la dépression sont plus fréquemment retrouvés chez des enfants avec TDAH que chez des enfants sans TDAH.
18. Une psychothérapie individuelle est généralement suffisante pour traiter la plupart des enfants avec TDAH.
19. La plupart des enfants avec TDAH « se débarrassent » de leurs symptômes dès le début de la puberté et fonctionnent ensuite normalement à l'âge adulte.
20. Dans les cas sévères de TDAH, les médicaments sont souvent utilisés avant de tenter des techniques de modification comportementale.
21. Pour être diagnostiqué TDAH, un enfant doit présenter des symptômes significatifs dans minimum deux contextes (par exemple, à la maison et à l'école).

22. Si un enfant avec TDAH est capable de faire preuve d'une attention soutenue aux jeux vidéos ou à la télévision pendant plus d'une heure, il est également capable de maintenir son attention pendant au moins une heure de cours ou de devoirs.
23. Réduire l'apport alimentaire en sucre ou en compléments alimentaires est généralement efficace dans la réduction des symptômes du TDAH.
24. Le diagnostic de TDAH à lui seul permet d'orienter un enfant vers une prise en charge en éducation spécialisée.
25. Les médicaments stimulants sont le type de médicament le plus couramment utilisé pour traiter les enfants avec TDAH.
26. Les enfants avec TDAH ont souvent des difficultés dans l'organisation de leurs tâches et activités.
27. Les enfants avec TDAH rencontrent généralement plus de problèmes dans des situations nouvelles que dans des situations familières.
28. Il existe des spécificités physiques qui peuvent être identifiées par les médecins (pédiatres) pour établir un diagnostic définitif de TDAH.
29. Chez les enfants en âge scolaire, la prévalence du TDAH est équivalente chez les garçons et les filles.
30. Chez les très jeunes enfants (moins de 4 ans), les problèmes de comportement des enfants avec TDAH (par exemple, l'hyperactivité) sont très différents des comportements retrouvés chez les enfants du même âge sans TDAH.
31. Les enfants avec TDAH sont plus faciles à repérer parmi des enfants normaux dans une salle de classe que dans une situation de jeu libre.
32. La majorité des enfants avec TDAH ont tendance à avoir de faibles résultats scolaires au cours des années d'école élémentaire.
33. Les symptômes du TDAH sont souvent observés chez des enfants sans TDAH qui viennent de milieux familiaux inadaptés et chaotiques.
34. Les interventions comportementales / psychologiques chez les enfants avec TDAH sont axées principalement sur les problèmes des enfants avec déficit attentionnel.
35. L'électroconvulsivothérapie (traitement par électrochocs) s'est avérée efficace dans le traitement des cas sévères de TDAH.
36. Les traitements du TDAH axés principalement sur la punition se sont avérés être les plus efficaces dans la réduction des symptômes du TDAH.
37. Des recherches ont montré qu'une utilisation prolongée de médicaments stimulants entraînait une dépendance accrue (drogue, alcool) à l'âge adulte.

38. Si un enfant réagit à un médicament stimulant (par exemple, la Ritaline), il est probable qu'il ait un TDAH.
39. Les enfants avec TDAH manifestent généralement une adhésion inflexible à des routines ou à des rituels spécifiques.

ASK-Q Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (Harrison et al., 2017)

Questionnaire sur les connaissances et la stigmatisation du TSA.

Pour chaque question, veuillez choisir l'option qui correspond le mieux à vos convictions et à votre compréhension actuelle concernant le trouble du spectre autistique (D'accord / Pas d'accord).

1. J'ai entendu parler du trouble du spectre de l'autisme (TSA)
2. Certains enfants avec TSA pourraient perdre des habiletés langagières acquises
3. Les enfants avec TSA pourraient avoir des réactions étranges vis à vis des propriétés olfactives, sensorielles, tactiles ou auditives des choses
4. Beaucoup d'enfants avec TSA ont des difficultés à comprendre les expressions du visage
5. Nous avons maintenant des traitements qui peuvent guérir l'autisme
6. Il est important que tous les enfants diagnostiqués TSA reçoivent une forme d'éducation spécialisée à l'école
7. Certains enfants avec TSA ne parlent pas
8. Un traitement médicamenteux peut atténuer les principaux symptômes de l'autisme
9. Actuellement, il n'y a aucun traitement pour l'autisme
10. L'autisme touche surtout les familles de classe moyenne
11. Il est possible de prévenir l'autisme
12. Beaucoup d'enfants avec TSA ont de la difficulté à tolérer les bruits forts ou certains types de contact
13. L'autisme est plus fréquemment diagnostiqué chez les garçons que chez les filles
14. Les enfants avec TSA peuvent devenir autonomes en grandissant
15. Tous les enfants avec TSA ont généralement des problèmes d'agressivité
16. L'autisme affecte des personnes de toutes origines
17. Les enfants avec TSA ont besoin d'aide supplémentaire pour apprendre

18. Les enfants avec TSA ne sont jamais trop vieux pour bénéficier d'un traitement
19. Plus le traitement du TSA commence tôt, plus il a tendance à être efficace
20. Les enfants avec TSA n'apprécient pas la présence des autres
21. La plupart des enfants avec TSA ont également une déficience intellectuelle
22. Beaucoup d'enfants avec TSA ont besoin de routines et de similitudes
23. La vaccination cause l'autisme
24. La plupart des enfants avec TSA ont des facultés diminuées et ne peuvent pas vivre de façon autonome à l'âge adulte
25. La plupart des enfants avec TSA peuvent ne pas regarder les choses qu'on leur pointe
26. Certains enfants avec TSA manifestent un vif intérêt pour certaines parties des objets
27. L'autisme est le résultat d'une malédiction ou d'un mauvais oeil infligé à la famille
28. Beaucoup d'enfants avec TSA font tourner des objets ou font des battements de bras ("flapping") de façon répétitive
29. Le TSA est un trouble de la communication
30. Le TSA survient plus fréquemment dans les milieux socio économiques et éducatifs plus élevés
31. Le TSA est un trouble du développement
32. La thérapie comportementale est la prise en charge la plus susceptible d'être efficace chez les enfants avec TSA
33. Une prise en charge précoce peut significativement améliorer les habiletés sociales et la communication chez les enfants avec TSA
34. Le TSA peut être diagnostiqué dès l'âge de 18 mois
35. Beaucoup d'enfants avec TSA ont des problèmes d'agressivité ou d'hyperactivité
36. Les enfants avec TSA ne peuvent acquérir aucunes habiletés sociales
37. Souvent les enfants avec TSA se concentrent de manière excessive sur une chose
38. Beaucoup d'enfants avec TSA ont des difficultés à utiliser le langage de tous les jours pour communiquer leurs besoins
39. Une prise en charge précoce ne présente aucun avantage supplémentaire pour les enfants avec TSA
40. Actuellement il n'existe aucun test médical permettant de diagnostiquer le TSA
41. Des expériences traumatiques précoces peuvent causer l'autisme
42. Le nombre de cas d'autisme diagnostiqués a augmenté au cours des 10 dernières années

- 43. Sans aucun traitement adapté la plupart des enfants diagnostiqués TSA se débarrassent un jour ou l'autre de leur trouble
- 44. Le TSA est quelque chose de très rare
- 45. Le TSA est causé par Dieu ou par un être suprême
- 46. Le TSA est un trouble neurologique
- 47. Les causes du TSA ne sont pas connues avec certitude
- 48. Beaucoup d'enfants avec TSA se mettent en colère (sont contrariés) si leur routine est modifiée
- 49. Le TSA est causé par des parents froids et rejetants

Théories implicites du TDAH

Les questions suivantes portent sur un enfant/un adolescent avec un diagnostic de TDAH.

Répondez de manière spontanée en tenant compte de vos impressions.

1-Pas du tout d'accord 2 3 4 5 6 7-Tout à fait d'accord

- 1. Si un enfant a un TDAH, il n'y a rien qui peut être fait pour changer cela
- 2. Quelque soit l'enfant, les symptômes de TDAH peuvent changer de façon significative
- 3. Le TDAH est une caractéristique personnelle qui ne peut pas être améliorée de façon importante
- 4. Il est toujours possible d'améliorer vraiment le TDAH d'un enfant
- 5. Il est possible d'apprendre de nouvelles stratégies, mais ceci ne change pas vraiment le TDAH de base
- 6. Peu importe le degré de TDAH, il est toujours possible de le réduire substantiellement

Théories implicites du TSA

Les questions suivantes portent sur un enfant/un adolescent avec un diagnostic de TSA.

Répondez de manière spontanée en tenant compte de vos impressions.

1-Pas du tout d'accord 2 3 4 5 6 7-Tout à fait d'accord

- 1. Si un enfant a un TDAH, il n'y a rien qui peut être fait pour changer cela
- 2. Quelque soit l'enfant, les symptômes de TDAH peuvent changer de façon significative

3. Le TDAH est une caractéristique personnelle qui ne peut pas être améliorée de façon importante
4. Il est toujours possible d'améliorer vraiment le TDAH d'un enfant
5. Il est possible d'apprendre de nouvelles stratégies, mais ceci ne change pas vraiment le TDAH de base
6. Peu importe le degré de TDAH, il est toujours possible de le réduire substantiellement

CAMI adaptée au TDAH

- 1- Une des principales causes de TDAH est un manque d'autodiscipline et de volonté
- 2- Les personnes avec un TDAH ont quelque chose qui les différencie facilement des gens normaux
- 3- Aussitôt qu'une personne montre des signes d'un TDAH, elle devrait être hospitalisée
- 4- Le TDAH est un trouble comme un autre
- 5- On devrait moins insister pour protéger le public de personnes avec un TDAH
- 6- Virtuellement, tout le monde peut développer un TDAH
- 7- Les personnes avec un TDAH ont été trop longtemps tournées en ridicule
- 8- Nous avons besoin d'adopter une attitude beaucoup plus tolérante envers les personnes ayant un TDAH dans notre société
- 9- Nous avons la possibilité d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes avec un TDAH
- 10- Les personnes avec un TDAH ne méritent pas notre sympathie
- 11- Les personnes avec un TDAH sont un fardeau pour la société
- 12- Des dépenses d'argent importantes dans les services de santé mentale sont un gaspillage
- 13- Il existe assez de services de santé mentale pour les personnes souffrant de TDAH
- 14- Aucune responsabilité ne devrait être donnée aux personnes avec un TDAH
- 15- Il serait stupide de se marier avec une personne qui a eu un TDAH, même si ce dernier semble complètement stabilisé
- 16- Je n'aimerais pas habiter à côté de quelqu'un qui a eu un TDAH
- 17- Toute personne ayant eu un TDAH devrait être exclue de la fonction publique
- 18- Personne n'a le droit d'exclure de son quartier les personnes avec un TDAH
- 19- Les personnes avec un TDAH sont beaucoup moins dangereuses que ne le suppose la plupart des gens

- 20- La majorité des femmes ayant été hospitalisées dans un hôpital psychiatrique pour un TDAH sont fiables comme baby-sitters
- 21- La meilleure thérapie pour beaucoup de personnes avec un TDAH est d'être intégrées dans leur environnement (scolaire, familial, social)
- 22- Dans la mesure du possible, les services de santé mentale devraient être situés dans le quartier
- 23- Les habitants n'ont rien à craindre des personnes qui viennent dans leurs quartiers pour obtenir des soins de santé mentale
- 24- Ca fait peur de penser que des personnes avec un TDAH puissent vivre dans des quartiers résidentiels
- 25- Placer des services de santé mentale dans une zone résidentielle décline le quartier

CAMI adaptée au TSA

- 1- Une des principales causes de TSA est un manque d'autodiscipline et de volonté
- 2- Les personnes avec un TSA ont quelque chose qui les différencie facilement des gens normaux
- 3- Aussitôt qu'une personne montre des signes d'un TSA, elle devrait être hospitalisée
- 4- Le TSA est un trouble comme un autre
- 5- On devrait moins insister pour protéger le public de personnes avec un TSA
- 6- Virtuellement, tout le monde peut développer un TSA
- 7- Les personnes avec un TSA ont été trop longtemps tournées en ridicule
- 8- Nous avons besoin d'adopter une attitude beaucoup plus tolérante envers les personnes ayant un TSA dans notre société
- 9- Nous avons la possibilité d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes avec un TSA
- 10- Les personnes avec un TSA ne méritent pas notre sympathie
- 11- Les personnes avec un TSA sont un fardeau pour la société
- 12- Des dépenses d'argent importantes dans les services de santé mentale sont un gaspillage
- 13- Il existe assez de services de santé mentale pour les personnes souffrant de TSA
- 14- Aucune responsabilité ne devrait être donnée aux personnes avec un TSA
- 15- Il serait stupide de se marier avec une personne qui a eu un TSA, même si ce dernier semble complètement stabilisé
- 16- Je n'aimerais pas habiter à côté de quelqu'un qui a eu un TSA
- 17- Toute personne ayant eu un TSA devrait être exclue de la fonction publique

- 18- Personne n'a le droit d'exclure de son quartier les personnes avec un TSA
- 19- Les personnes avec un TSA sont beaucoup moins dangereuses que ne le suppose la plupart des gens
- 20- La majorité des femmes ayant été hospitalisées dans un hôpital psychiatrique pour un TSA sont fiables comme baby-sitters
- 21- La meilleure thérapie pour beaucoup de personnes avec un TSA est d'être intégrées dans leur environnement (scolaire, familial, social)
- 22- Dans la mesure du possible, les services de santé mentale devraient être situés dans le quartier
- 23- Les habitants n'ont rien à craindre des personnes qui viennent dans leurs quartiers pour obtenir des soins de santé mentale
- 24- Ca fait peur de penser que des personnes avec un TSA puissent vivre dans des quartiers résidentiels
- 25- Placer des services de santé mentale dans une zone résidentielle déclassé le quartier

Echelle d'espoir état

La manière dont les personnes se perçoivent en ce moment même est décrite dans les 6 phrases suivantes. Lisez-les attentivement. Pour chacune d'entre elles, réfléchissez à votre manière de penser. Ensuite, cochez la réponse (de 1 à 7) qui correspond le mieux à la description que vous feriez de vous. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Pas du tout d'accord/Très peu d'accord/Plutôt pas d'accord/Moyennement d'accord/Plutôt d'accord/Fortement d'accord/Tout à fait d'accord

1. En ce moment, lorsque je suis en difficulté, je suis capable de trouver différentes manières de m'en sortir
2. A l'heure actuelle, je poursuis mes objectifs avec énergie/volonté.
3. Il y a de nombreuses solutions concernant le problème auquel je suis confronté(e) en ce moment.
4. En ce moment, je me vois en train de réussir ma vie.
5. Actuellement, je peux trouver différentes manières d'atteindre mes objectifs.
6. En ce moment précis, je suis en train d'atteindre les buts que je m'étais fixés.

VIII) Bibliographie (Zotero)

1. Al-Hakeem HAM, Al-Othman SN, Al-Jamea LM, Radhi GA, Bu-Ali SAR, Al-Nasir F. Knowledge and Behavior of Primary School Teachers Towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Bahrain Medical Bulletin*. sept 2013;35(3):136-8.
2. Alesi M, Rappo G, Pepi A. Investigating the Improvement of Decoding Abilities and Working Memory in Children with Incremental or Entity Personal Conceptions of Intelligence: Two Case Reports. *Front Psychol*. 2015;6:1939.
3. Alfageer H, Aldawodi M, Al Queflie S, Masud N, Al Harthy N, Alogayyel N, et al. Knowledge and attitude of male primary school teachers about attention deficit and hyperactivity disorder in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2018;9(2):257.
4. Alqahtani MM (2012). Understanding autism in Saudi Arabia: A qualitative analysis of the community and cultural context. *Journal of Pediatric Neurology*; 10(1), 15-22.
5. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
6. Anastopoulos, A.D. (1996). Facilitating parental understanding and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. In M.A. Reinecke, F.M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp. 327–343), New York: The Guilford Press.
7. Anderson DL, Watt SE, Shanley DC. Ambivalent attitudes about teaching children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2 oct 2017;22(4):332-49.
8. Anderson DL, Watt SE, Noble W, Shanley DC. Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with ADHD: THE role of teaching experience. *Psychology in the Schools*. juill 2012;49(6):511-25.
9. Anglin DM, Link BG, & Phelan JC (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services*; 57, 857–862.
10. Aronson, J., Fried, C. B., & Good, C. (2002). Reducing the effects of stereotype threat on African American college students by shaping theories of intelligence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(2), 113-125.
11. Ball C. Attention-deficit hyperactivity disorder and the use of methylphenidate: a survey of the views of general practitioners. *Psychiatric Bull*. 2001;25:301.

12. Bankole O (2016). Involving African families in the education of their autistic children. Network Autism.
13. Basudan M, Akbar N, El-Ghamdi W, Ibrahim A. Knowledge and Attitude of Female Teachers Toward ADHD at Elementary Schools, Jeddah, KSA, 2017. :8.
14. Beach, D. (2003). Mathematics goes to market. In D. Beach, T. Gordon, & E. Lahelma (Eds.), *Democratic Education ethnographic challenges*. London: Tufnell Press.
15. Beach, D., & Dovemark, M. (2007). *Education and the commodity problem: ethnographic investigations of creativity and performativity in Swedish schools*. London: Tufnell Press.
16. Bekle B. Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*. févr 2004;7(3):151-61.
17. Bélanger N, Duchesne H. *Des écoles en mouvement. Inclusion d'élèves en situation de handicap ou éprouvant des difficultés à l'école*. Ottawa: Presses de l'université d'Ottawa; 2010.
18. Bell L, Long S, Garvan C, Bussing R. The impact of teacher credentials on ADHD Stigma Perceptions. *Psychology in the Schools*. févr 2011;48(2):184-97.
19. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. juin 2008;22(2):170-7.
20. Black AE, Deci EL. The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Sci Educ*. 2000;84(6):740-56.
21. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*. 2005; 8(4):195–207. [PubMed: 16110050]
22. Brook U, Watenberg N, Geva D. Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and Counseling*. juin 2000;40(3):247-52.
23. Burnette JL, O'Boyle EH, VanEpps EM, Pollack JM, Finkel EJ. Mind-sets matter: a meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychol Bull*. mai 2013;139(3):655-701.

24. Bussing R, Koro-Ljungberg M, Noguchi K, Mason D, Mayerson G, Garvan CW. Willingness to use ADHD treatments: A mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Social Science & Medicine*. janv 2012;74(1):92-100.
25. Bussing R, Schoenberg NE, Perwien AR. Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among African-American and white parents. *Social Science & Medicine*. avr 1998;46(7):919-28.
26. Bussing R, Zima BT, Mason DM, Meyer JM, White K, Garvan CW. ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources: Perspectives From a Community Sample of Adolescents and Their Parents. *Journal of Adolescent Health*. déc 2012;51(6):593-600.
27. Cabello R, Fernández-Berrocal P. Implicit theories and ability emotional intelligence. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 22 mai 2015 [cité 12 sept 2019];6. Disponible sur: http://www.frontiersin.org/Educational_Psychology/10.3389/fpsyg.2015.00700/abstract
28. Cappe É, Smock N, Boujut É. Scolarisation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme et expérience des enseignants : sentiment d'auto-efficacité, stress perçu et soutien social perçu. *L'Évolution Psychiatrique*. janv 2016;81(1):73-91.
29. Chamak B. Autisme et stigmatisation. *L'information psychiatrique*. 2011;87(5):403.
30. Costa A, Faria L. Implicit Theories of Intelligence and Academic Achievement: A Meta-Analytic Review. *Front Psychol* [Internet]. 5 juin 2018 [cité 26 juill 2018];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00829/full>
31. Cury F, Da Fonseca D, Zahn I, Elliot A. Implicit theories and IQ test performance: A sequential mediational analysis. *Journal of Experimental Social Psychology*. mai 2008;44(3):783-91.
32. Cury F, Elliot AJ, Da Fonseca D, Moller AC. The social-cognitive model of achievement motivation and the 2 x 2 achievement goal framework. *J Pers Soc Psychol*. Avr 2006; 90(4):666-79.
33. Da Fonseca, D. (2018). *Les enfants Dys : Approche motivationnelle des troubles des apprentissages*. Paris : Elsevier Masson Collection Pédia.
34. Da Fonseca D, Cury F, Fakra E, Rufo M, Poinso F, Bounoua L, et al. Implicit theories of intelligence and IQ test performance in adolescents with Generalized

- Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. avr 2008;46(4):529-36.
35. Dachez J, Ndofo A, Navarro Carrascal O. Représentation sociale de l'autisme. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2016;Numéro112(4):477.
 36. Delas Y, Martin-Krumm C, Fenouillet F. La théorie de l'espoir : une revue de questions. *Psychologie Française*. sept 2015;60(3):237-62.
 37. Dennis T, Davis M, Johnson U, Brooks H, Humbi A. Attention deficit hyperactivity disorder: parents' and professionals' perceptions. *Community Pract*. 2008;81:24.
 38. 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.
 39. Dillenburger K, Jordan JA, McKerr L, Devine P, Keenan M. Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*. déc 2013;7(12):1558-67.
 40. DosReis S, Barksdale C, Sherman A, Maloney K, Charach A. Stigmatizing Experiences of Parents of Children With a New Diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services [Internet]*. 1 août 2010 [cité 12 sept 2019];61(8).
Disponible sur: <http://psychiatryonline.org/article.aspx?doi=10.1176/appi.ps.61.8.811>
 41. Draaisma, D. (2009). Stereotypes of autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364(1522), 1475–1480. doi:10.1098/rstb.2008.0324.
 42. Draaisma, D. (2014). Generic images of autism. *The Psychologist*, 27(10), 768-769.
 43. Dryer, R., Kiernan, M. J., Tyson, G. A., 2006, Implicit theories of the characteristics and causes of attention-deficit hyperactivity disorder held by parents and professionals in the psychological, educational, medical and allied health fields, *Australian Journal of Psychology*, 58, 2, 79-82.
 44. DuPaul GJ & Stoner G 2003. *ADHD in the Schools. Assessment and Intervention Strategies*. New York: Guilford Press.
 45. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry [Internet]*. déc 2012 [cité 12 sept 2019];12(1).
Disponible sur: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-128>
 46. Dweck CS, Leggett EL. A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*. avr 1988;Vol 95(2):256-73.

47. Dweck CS. Self-theories : their role in motivation, personality, and development [Internet]. Philadelphia : Psychology Press; 1999 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <https://trove.nla.gov.au/version/39669036>
48. Ebwel JM, Roeyers H, Devlieger P. Approches des représentations sociales de l'autisme en Afrique: Sémantique culturelle en République démocratique du Congo. *Enfances & Psy.* 2010;49(4):121.
49. Elliot AJ, Church MA. A hierarchical model of approach and avoidance motivation. *J Pers Soc Psychol* 1997;72:218—32.
50. Farrugia D. Exploring stigma: medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness.* nov 2009;31(7):1011-27.
51. Frankenberger, W., Farmer, C., Parker, L., Cernak, J, 2001, The use of stimulant medication for treatment of attention-deficit attention- deficit/hyperactivity disorder : a survey of school psychologist' knowledge, attitudes, and experience, *Developmental Disabilities Bulletin*, 29, 2, 132-151.
52. Frigerio A, Montali L, Marzocchi GM. Italian Teachers' Knowledge and Perception of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of School & Educational Psychology.* 3 avr 2014;2(2):126-36.
53. Froehlich L, Martiny SE, Deaux K, Goetz T, Mok SY. Being smart or getting smarter: Implicit theory of intelligence moderates stereotype threat and stereotype lift effects. *British Journal of Social Psychology.* sept 2016;55(3):564-87.
54. Garcia C, Golay P, Favrod J, Bonsack C. French Translation and Validation of Three Scales Evaluating Stigma in Mental Health. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 18 déc 2017 [cité 12 sept 2019];8.
Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2017.00290/full>
55. Gardiner, E., & Iarocci, G. (2014). Students with autism spectrum disorder in the university context: Peer acceptance predicts intention to volunteer. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1008-1017. doi:10.1007/s10803-013-1950-4
56. Ghanizadeh A, Bahredar MJ, Moeini SR. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling.* oct 2006;63(1-2):84-8.
57. Ghanizadeh A, Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? *BMC Fam Pract.* 2010;11:5.

58. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: N.J., Prentice Hall.
59. Gombert A, Guedj D. Présentation. *Trav Form Educ* 2011;8:[online]. Available from: <http://tfe.revues.org/1544> [consulté le 08/05/2015].
60. Gray D.E. (1993) Perceptions of stigma: the parents of autistic children. *Sociology of Health & Illness* 15(1), 102–120.
61. Gray, D. E. (2002). ‘Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed’: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 734–749.
62. Guerra F, Tiwari A, Das A, Cavazos Vela J, Sharma M. Examining Teachers’ Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Research in Special Educational Needs*. oct 2017;17(4):247-56.
63. Harrison AJ, Bradshaw LP, Naqvi NC, Paff ML, Campbell JM. Development and Psychometric Evaluation of the Autism Stigma and Knowledge Questionnaire (ASK-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. oct 2017;47(10):3281-95.
64. Harrison AJ, Paff ML, Kaff MS. Examining the psychometric properties of the autism stigma and knowledge questionnaire (ASK-Q) in multiple contexts. *Research in Autism Spectrum Disorders*. janv 2019;57:28-34.
65. Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila EL, Niskanen T, Mattila K. Child psychiatric skills in primary healthcare – self-evaluation of Finnish health centre doctors. *Child Care Health Dev*. 2002;28:131.
66. Helps S, Newsom-Davis IC, Callias M. Autism: The Teacher’s View. *Autism*. sept 1999;3(3):287-98.
67. Heslin PA, Latham GP, VandeWalle D. The effect of implicit person theory on performance appraisals. *J Appl Psychol*. sept 2005;90(5):842-56.
68. Hinshaw SP. The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. juill 2005;46(7):714-34.
69. Holton AE, Farrell LC, Fudge JL. A Threatening Space?: Stigmatization and the Framing of Autism in the News. *Communication Studies*. avr 2014;65(2):189-207.

70. 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, 9, 563-567.
71. Jonsson A-C, Beach D, Korp H, Erlandson P. Teachers' implicit theories of intelligence: influences from different disciplines and scientific theories. *European Journal of Teacher Education*. nov 2012;35(4):387-400.
72. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*. sept 2016;243:469-94.
73. Kellison I, Bussing R, Bell L, Garvan C. Assessment of stigma associated with attention-deficit hyperactivity disorder: Psychometric evaluation of the ADHD Stigma Questionnaire. *Psychiatry Research*. juill 2010;178(2):363-9.
74. Khademi M, Rajeziesfahani S, Noorbakhsh S, Panaghi L, Davari-Ashtiani R, Razjouyan K, et al. Knowledge and Attitude of Primary School Teachers in Tehran/Iran towards ADHD and SLD. *Global Journal of Health Science*. 29 avr 2016;8(12):141.
75. King, R. B. (2012). How you think about your intelligence influences how adjusted you are: Implicit theories and adjustment outcomes. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 705-709.
76. Klasen H. A name, what's in a name? The medicalization of hyperactivity, revisited. *Harv Rev Psychiatry*. 2000;7:334.
77. Klasen H, Goodman R. Parents and GPs at cross-purposes over hyperactivity: a qualitative study of possible barriers to treatment. *Br J Gen Pract*. 2000;50:199.
78. Kos JM, Richdale AL, Jackson MS. Knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. *Psychology in the Schools*. mai 2004;41(5):517-26.
79. Lanaris C. Le rôle des perceptions des adultes dans l'intervention auprès des élèves présentant un TDAH. 2008 :3.
80. Law GU, Sinclair S, Fraser N. Children's attitudes and behavioural intentions towards a peer with symptoms of ADHD: does the addition of a diagnostic label make a difference? *Journal of Child Health Care*. juin 2007;11(2):98-111.
81. Lee J. Predictors of teachers' intention to refer students with ADHD to mental health professionals: Comparison of U.S. and South Korea. *School Psychology Quarterly*. déc 2014;29(4):385-94.

82. Leroy N, Bressoux P, Sarrazin P, Trouilloud D. Impact of teachers' implicit theories and perceived pressures on the establishment of an autonomy supportive climate. *European Journal of Psychology of Education*. déc 2007;22(4):529-45.
83. Levy, S. R., Stroessner, S. J., & Dweck, C. S. (1998). Stereotype formation and endorsement: The role of implicit theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 1421-1436.
84. Li, L., Wu, Z. Y., Wu, S., Jia, M. H., Lieber, E., & Lu, Y. (2008). Impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Families, Systems, & Health*, 26, 431e442.
85. Ling CYM, Mak WWS, Cheng JNS. Attribution Model of Stigma towards Children with Autism in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. mai 2010;23(3):237-49.
86. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. août 2001;27(1):363-85.
87. Liu Y, Li J, Zheng Q, Zaroff CM, Hall BJ, Li X, et al. Knowledge, attitudes, and perceptions of autism spectrum disorder in a stratified sampling of preschool teachers in China. *BMC Psychiatry [Internet]*. déc 2016 [cité 12 sept 2019];16(1). Disponible sur: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0845-2>
88. Loch AA, Guarniero FB, Lawson FL, Hengartner MP, Rössler W, Gattaz WF, et al. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry [Internet]*. déc 2013 [cité 12 sept 2019];13(1).
89. Mak WWS, Kwok YTY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. juin 2010;70(12):2045-51.
90. Martin AJ, Nejad HG, Colmar S, Liem GAD. Adaptability: How students' responses to uncertainty and novelty predict their academic and non-academic outcomes. *J Educ Psychol*. 2013;105(3):728-46.
91. Martin AJ. Self-handicapping and defensive pessimism : predictors and consequences from a self-worth motivation perspective. 1998
92. Martin JK, Pescosolido BA, Olafsdottir S, Mcleod JD. The Construction of Fear: Americans' Preferences for Social Distance from Children and Adolescents with

- Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*. mars 2007;48(1):50-67.
93. Martin-Krumm C, Delas Y, Lafrenière M-A, Fenouillet F, Lopez SJ. The structure of the State Hope Scale. *The Journal of Positive Psychology*. 4 mai 2015;10(3):272-81.
 94. Mascret N, Roussel P, Cury F. Using implicit measures to highlight science teachers' implicit theories of intelligence. *European Journal of Psychology of Education*. sept 2015;30(3):269-80.
 95. Massé L, Couture C, Anciaux V. Connaissances et croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. *Santé mentale au Québec*. 2010;35(1):153.
 96. McConaughy SH, Volpe RJ, Antshel KM, Gordon M, Eiraldi RB. Academic and Social Impairments of Elementary School Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Review*. 2011;40(2):26.
 97. McLeod JD, Fettes DL, Jensen PS, Pescosolido BA, Martin JK. Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *PSYCHIATRIC SERVICES*. 2007;58(5):6.
 98. Miller AR, Johnston C, Klassen AF, Fine S, Papsdorf M. Family physicians' involvement and self-reported comfort and skill in care of children with behavioral and emotional problems: a population-based survey. *BMC Fam Pract*. 2005;6:12.
 99. Molden DC, Dweck CS. Finding « Meaning » in Psychology: A Lay Theories Approach to Self-Regulation, Social Perception, and Social Development. *Am Psychol*. 2006;61(3):192-203.
 100. Morgen Yasuhiro Aita. Parents of children with disability and stigmatization of families of persons with autism. 2018.
 101. Mueller AK, Fuermaier ABM, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. sept 2012;4(3):101-14.
 102. Mukolo A, Heflinger CA. Factors Associated with Attributions About Child Health Conditions and Social Distance Preference. *Community Mental Health Journal*. juin 2011;47(3):286-99.
 103. Müllensiefen D, Harrison P, Caprini F, Fancourt A. Investigating the importance of self-theories of intelligence and musicality for students' academic and musical

- achievement. *Front Psychol* [Internet]. 5 nov 2015 [cité 26 juill 2018];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633492/>
104. Myers, M. D., Nichols, J. D., & White, J. (2003). Teacher and student incremental and entity views of intelligence. The effects of self-regulation and persistence activities. *International Journal of Educational Reform*, 12(2), 97–117.
105. Newton, R. (2008). Stigma of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) label and its effect on academic performance. Southern Connecticut State University.
106. Nissenbaum M. S., Tollefson N. & Reese R. M. (2002) The inter-pretative conference: sharing a diagnosis of autism with families. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities* 17, 30.
107. Norvilitis JM, Fang P. Perceptions of ADHD in China and the United States: A Preliminary Study. *Journal of Attention Disorders*. nov 2005;9(2):413-24.
108. O’Driscoll C, Heary C, Hennessy E, McKeague L. Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence: Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. oct 2012;53(10):1054-62.
109. Obeid, R., Daou, N., DeNigris, D., Shane-Simpson, C., Brooks, P.J., & Gillespie-Lynch, K. A cross-cultural comparison of knowledge and stigma associated with autism spectrum disorder among college students in Lebanon and the United States 2015
110. Ogg J, McMahan MM, Dedrick RF, Mendez LR. Middle school students’ willingness to engage in activities with peers with ADHD symptoms: A multiple indicators multiple causes (MIMIC) model. *Journal of School Psychology*. juin 2013;51(3):407-20.
111. Ohan JL, Ellefson SE, Corrigan PW. Brief Report: The Impact of Changing from DSM-IV ‘Asperger’s’ to DSM-5 ‘Autistic Spectrum Disorder’ Diagnostic Labels on Stigma and Treatment Attitudes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. oct 2015;45(10):3384-9.
112. Ohan JL, Visser TAW, Moss RG, Allen NB. Parents’ Stigmatizing Attitudes Toward Psychiatric Labels for ADHD and Depression. *Psychiatric Services*. déc 2013;64(12):1270-3.
113. Palacios-Cruz L, De la Peña Olvera F, Victoria Figueroa G, Arias Caballero A, De la Rosa Muñoz L, Valderrama Pedroza A, et al. Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países

- latinoamericanos. *Salud Mental*. 1 janv 2013;36(4):285.
114. Papadopoulos C, Lodder A, Constantinou G, Randhawa G. Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma and Informal Caregiver Mental Health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. avr 2019;49(4):1665-85.
115. Penn, D., Judge, A., Jamieson, P., Garczynski, J., Henessy, M., Romer, D., 2005. Stigma. In: Evans, D., Evans, D.L., Foa, E.B., Gur, R.E., Hendin, H., O'Brien, C.P., Seligman, M.E.P., Walsh, B.T. (Eds.), *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know: A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth*. Oxford University Press, Oxford, pp. 531–543.
116. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK, McLeod JD, Jensen PS. Comparison of Public Attributions, Attitudes, and Stigma in Regard to Depression Among Children and Adults. *Psychiatric Services*. 1 mai 2007;58(5):632-5.
117. Pescosolido BA. Culture, Children, and Mental Health Treatment: Special Section on the National Stigma Study–Children. :2.
118. Pescosolido BA, Fettes DL, Martin JK, Monahan J, McLeod JD. Perceived Dangerousness of Children With Mental Health Problems and Support for Coerced Treatment. *PSYCHIATRIC SERVICES*. 2007;58(5):7.
119. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK, McLeod JD, Jensen PS. Stigmatizing Attitudes and Beliefs About Treatment and Psychiatric Medications for Children With Mental Illness. *PSYCHIATRIC SERVICES*. 2007;58(5):6.
120. Pescosolido BA, Jensen PS, Martin JK, Perry BL, Olafsdottir S, Fettes D. Public Knowledge and Assessment of Child Mental Health Problems: Findings From the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 2008;47(3):339-49.
121. Plaks JE, Stroessner SJ, Dweck CS, Sherman JW. Person theories and attention allocation: preferences for stereotypic versus counterstereotypic information. *J Pers Soc Psychol*. juin 2001;80(6):876-93.
122. Poirier N, Paquet A, Giroux N, Forget J. L'inclusion scolaire des enfants autistes. *Rev Educ* 2005;34(2):265–86.
123. Rakap S, Balikci S, Parlak-Rakap A, Kalkan S. An Analysis of Turkish Pre-Service Teachers' Knowledge of Autism Spectrum Disorder: Implications for Teacher Preparation Programs. *SAGE Open*. sept 2016;6(3):215824401666885.
124. Rattan A, Good C, Dweck CS. “It’s ok — Not everyone can be good at math”:

- Instructors with an entity theory comfort (and demotivate) students. *Journal of Experimental Social Psychology*. mai 2012;48(3):731-7.
125. Reeve J, Jang H. What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. *J Educ Psychol*. 2006;98(1):209-18.
126. Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, G., Kassam, A., 2007. 250 Labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Serv. Res.* 7, 97.
127. Ruel MP [Essai doctoral en psychologie] Les perceptions des enseignants de la classe ordinaire quant à l'intégration d'élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. Montréal: Université du Québec à Montréal; 2014.
128. Ruesch N, Angermeyer M, Corrigan P. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2005; 20:529–539. [PubMed: 16171984]
129. Rydell RJ, Hugenberg K, Ray D, Mackie DM. Implicit Theories About Groups and Stereotyping: The Role of Group Entitativity. *Pers Soc Psychol Bull*. avr 2007;33(4):549-58.
130. Salt N, Parkes E, Scammell A. GPs' perceptions of the management of ADHD in primary care: a study of Wandsworth GPs. *Prim Health Care Res Dev*. 2005;6:162.
131. Sarrett, J. C. (2011). Trapped children: Popular images of children with autism in the 1960s and 2000s. *Journal of Medical Humanities*, 32(2), 141–153. doi:10.1007/s10912-010-9135-z.
132. Sayal K. Editorial: attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Child Adolesc Mental Health*. 2015;20(2):e3–5.
133. Sciotto MJ. ADHD Knowledge, Misconceptions, and Treatment Acceptability. *Journal of Attention Disorders*. févr 2015;19(2):91-8.
134. Sciotto MJ, Terjesen MD, Frank ASB. Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*. mars 2000;37(2):115-22.
135. Sciotto MJ, Terjesen MD, Kučerová A, Michalová Z, Schmiedeler S, Antonopoulou K, et al. Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*. 2016;5(1):34-50.
136. Scott DJ, Philip AE. Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients. *British Journal of Medical Psychology*. juin 1985;58(2):169-73.

137. Shaw KA, Mitchell GK, Wagner IJ, Eastwood HL. Attitudes and practices of general practitioners in the diagnosis and management of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health*. 2002;38:481.
138. Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G. A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Fam Pract*. 2003;20(2):129.
139. Sherrell Stacey Ann. Stigma and attribution toward children with autism and their parents. thesis.2012
140. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
141. Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321–335. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>
142. Someki F, Torii M, Brooks PJ, Koeda T, Gillespie-Lynch K. Stigma associated with autism among college students in Japan and the United States: An online training study. *Research in Developmental Disabilities*. mai 2018;76:88-98.
143. Soron TR. Autism, Stigma and Achievements of Bangladesh. *Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 [cité 12 sept 2019];18(5). Disponible sur: <https://www.omicsonline.com/open-access/autism-stigma-and-achievements-of-bangladesh-2378-5756-1000320.php?aid=59683>
144. Stellenbosch University, Perold M, Louw C, Kleynhans S. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*. 27 août 2010;30(3):457-73.
145. Stellenbosch University, Kleynhans S., Perold M. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. 2005.
146. Stone, W. L. (1987). Cross disciplinary perspectives on autism. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 615–630. doi:10.1093/ jpepsy/12.4.615.
147. Stone WL, Rosenbaum JL. A comparison of teacher and parent views of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. sept 1988;18(3):403-14.
148. Stroh, J., W. Frankenberger, L. V. Cornell-Swanson, C. Wood, and S. Pahl. 2008. 'The Use of Stimulant Medication and Behavioral Interventions for the Treatment of

- Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Survey of Parents' Knowledge, Attitudes, and Experiences.' *Journal of Child and Family Studies* 17 (3): 385–401. doi:10.1007/s10826-007-9149-y.
149. Stronach S, Wiegand S, Mentz E. Brief Report: Autism Knowledge and Stigma in University and Community Samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. mars 2019;49(3):1298-302.
 150. Sumerlin J. ADHD and Stigma : perceived stigma and the relationship to the ADHD diagnosis in children and adolescent. 2017. A doctoral project.
 151. Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, Cullen W, McNicholas F. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. *BMC Family Practice* [Internet]. déc 2016 [cité 12 sept 2019];17(1).
 152. Tay S-EC, Pariyasami S, Ravindran K, Ali MIA, Rowsudeen MT. Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. oct 2004;42(10):40-7.
 153. Taylor, H.; Leitman, R. Barriers to the diagnosis and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among African American and Hispanic children; *Health Care News*. 2003. p. 1-4. Retrieved June 24, 2008
 154. Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, 7(2), 225-240.
 155. Thanasekaran P, Upashe SP, Chala D. Primary School Teacher's knowledge towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its associated factors in Nekemte town, Oromiya Region, Western Ethiopia. *Science, Technology and Arts Research Journal*. 20 avr 2018;5(1):76.
 156. Thompson AC, Lefler EK. ADHD stigma among college students. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. mars 2016;8(1):45-52.
 157. Turner JC, Patrick H. Motivational Influences on Student Participation in Classroom Learning Activities. *Teach Coll Rec*. 2004;106(9):1759-85.
 158. Unsaldi-Cordier I, Rogé B, Igier V, Fremolle-Kruck J, Chabrol H. Les représentations sociales de l'autisme : connaissances et opinions des médecins et des étudiants en psychologie. :1.
 159. Vereb, R. L., and J. C. DiPerna. 2004. 'Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD, and Treatment Acceptability: An Initial Investigation.' *School Psychology Review* 33 (3): 421–428.

160. Walker, J.S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P.N., Friesen, B.J., 2008. Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 47, 912–920.
161. Werner S, Shulman C. Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability?: Affiliate stigma in developmental disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. mars 2015;59(3):272-83.
162. West J, Taylor M, Houghton S, Hudyma S. A Comparison of Teachers' and Parents' Knowledge and Beliefs About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *School Psychology International*. mai 2005;26(2):192-208.
163. Youssef MK, Hutchinson G, Youssef FF. Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights From a Caribbean Nation. *SAGE Open*. 20 mars 2015;5(1):215824401456676.
164. Zhao W, Dweck CS. Implicit theories and vulnerability to depression-like responses. Columbia University, Unpublished manuscript, 1994.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

