

La reproduction sociale et l'État libéral,
généalogie biopolitique de l'enfant différent dans l'institution scolaire suivie de
l'analyse du dispositif de T.D.A.H. au Québec

Philippe-David Blanchette

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de
doctorat en philosophie en Science Politique

École d'études politiques
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Philippe-David Blanchette, Ottawa, Canada, 2020

Liste des figures	IV
Résumé	VI
Mots clés :	VI
Remerciements	VII
Liste des abréviations	VIII
Introduction.....	1
Vers une question de recherche.....	1
Problématique du trouble de santé mentale chez les enfants québécois : réduction à une topique du champ de la recherche.....	7
Le T.D.A.H. au Québec.....	14
Les enjeux du T.D.A.H. pour la pensée politique : subjectivité et intersubjectivité en péril	19
Chapitre 1 : La place de la question dans la littérature	28
La généalogie du concept de dispositif biopolitique	28
La puissance informante qu'est la biopolitique : les dérives vers le néolibéralisme.....	34
L'ambiguïté de la gouvernementalité biopolitique : entre idéologie et libération	38
La biopolitique au-delà de Foucault : un concept d'analyse de discours	43
Vérité et performativité : un dispositif biopolitique et le sujet du libéralisme	45
L'administration publique, ses instruments et notre possible contribution.....	51
La question de recherche à la lumière de la revue de littérature.....	55
Chapitre 2 : Le contexte scolaire et la naissance du libéralisme : la convergence biopolitique	66
La mission éducative de l'État libéral : entre espoir et nécessité.....	68
Les impératifs de production et ses effets sur la santé des populations.....	74
L'organisation de l'école et la disposition des enfants : la question de la différence	79
Synthèse	89
Chapitre 3 : Généalogie de la biopolitique dans l'institution scolaire québécoise.....	91
Le contexte politique de la mise en place de l'instruction obligatoire au Québec	91
Étude des structures de savoir à l'école : pouvoir pastoral et pédagogie chrétienne ..	101
La modernisation de l'enseignement et l'enfant différent	112
La psycho-pharmacologisation de l'insertion sociale : le dispositif biopolitique du T.D.A.H.....	126
Intersectorialité des services complémentaires et leadership culturel de l'État québécois	131
Synthèse	147
Chapitre 4 : Le corps médical et son action dans le champ scolaire; sur les traces d'une thérapeutique	149
Les médecins	151
Présentation des données d'actes médicaux et de services pharmaceutiques de la RAMQ et leur implication dans la politique de la signification	158
Analyse des données de services pharmaceutiques : arsenal pharmacologique et puissance performative de l'acte médical	167
Les trois régimes régionaux de gouvernementalité psycho-pharmacologique	169
L'évolution des marques de commerce	179
Les actes médicaux	185
Le récit de la reconnaissance des actes du diagnostic : répartition spatiale des actes	186

La répartition spatiale des actes : distribution de l'effort d'intégration	187
Synthèse de l'analyse	198
Chapitre 5 : La grammaire du T.D.A.H. sur Facebook : la sodalité des mères dans l'expérience d'avoir un enfant différent.....	202
Le corpus et l'analyse des témoignages.....	202
L'identification et la consolidation d'une identité commune : la construction de la grammaire	209
Monde parallèle, précarité et surtravail.....	209
L'identification et la consolidation d'une sodalité virtuelle.....	214
L'action cléricale des acteurs du dispositif dans les groupes de parents.....	220
Se saisir de l'arme des puissants : transmission et déperdition du discours scientifique	225
La suture à l'hégémonie : la complexité inhérente au processus d'identification	232
Alléger le dilemme : les témoignages de réussite.....	232
Échange thérapeutique et déculpabilisation : pour aller au-delà de l'idéologie du discours	235
De la marge à l'avantage comparatif.....	238
Synthèse :	243
Chapitre 6 : L'identité T.D.A.H. et le déficit attentionnel : le souci des autres et le souci de soi	247
L'identité T.D.A.H. et l'impératif de participation aux mondes partagés	249
Attention, jeu et émancipation : une éthique biopolitique?.....	259
La pratique collective de l'attention et ses avenues thérapeutiques	267
Du souci des autres au souci de soi	274
Conclusion.....	279
Retour sur la question de recherche et le chemin parcouru	279
Les limites de la thèse.....	281
La contribution à la recherche.....	285
Bibliographie presse écrite	287
Bibliographie.....	298
Annexe 1 : DSM-III	318
Annexe 2 : DSM-IV	319
Annexe 3 : Lieux de prestation de soins en pédopsychiatrie au Québec	320
Annexe 4 : témoignage #1	322
Annexe 5 : témoignage #2	328
Annexe 6 : témoignage #3	330
Annexe 7 : Témoignage # 4.....	333
Annexe 8 : Témoignage #5.....	335
Annexe 9 : Les minutes de la sodalité T.D.A.H.....	338
Annexe 10 : Approbation éthique	361

Liste des figures

Figure 1 : Les mots de Facebook – Le cerveau en action	10
Figure 2 : L'exception du Québec	12
Figure 3 : Augmentation de la consommation de psychostimulants 1997-2015	15
Figure 4 : Les mots de la statistique — les mesures de l'intelligence	84
Figure 5 : Les mots de la presse – Le TDAH au tournant des années 1990	122
Figure 6 : Évolution des principales catégories de PNE intervenant auprès des élèves en difficulté — poste équivalent à temps complet.....	124
Figure 7 : Les mots de l'État — Corpus des documents gouvernementaux sur le T.D.A.H. .	129
Figure 8 : Les mots de l'État — maximisation des ressources humaines grâce à l'approche multidisciplinaire.....	138
Figure 9 : Les mots du questionnaire — Qu'est-ce que le T.D.A.H.?.....	155
Figure 10 : Les mots de la presse – Le T.D.A.H. dit autrement	157
Figure 11 : Les mots de la Régie – Spatialisation du dispositif.....	161
Figure 12 : Les mots de la Régie – Noms de codes des médicaments	162
Figure 13 : Les mots de la Régie — Noms de codes des médicaments d'exception.....	163
Figure 14 : Les mots de la Régie – Noms des actes.....	164
Figure 15 : Les mots de la Régie – Topographie des actes, lieux de services.....	165
Figure 16 : Les mots de la Régie – Codes des outils de diagnostic.....	166
Figure 17 : Les mots de la Régie — Les codes du maillage médico-scolaire	167
Figure 18 : Nombre d'actes de diagnostic, toutes régions confondues de 1997 à 2015	168
Figure 19 : Proportion des entreprises offrant des assurances privées selon le nombre d'employés	170
Figure 20 : Répartition géographique des grandes entreprises au Québec	171
Figure 21 : Nombre de services dans les régions du Centre	172
Figure 22 : Nombre de services dans les régions de la Couronne	173
Figure 23 : Nombre de services dans les régions enclavées.....	174
Figure 24 : L'utilisation des médicaments d'exception	178
Figure 25 : 1997 — Toutes régions confondues (F & H)	180
Figure 26 : 1999 — Toutes régions confondues (F & H)	180
Figure 27 : 2005 – Toutes régions confondues (F & H).....	181
Figure 28 : Répartition de l'utilisation des marques de commerce en 2015 — Toutes régions confondues (F & H).....	182
Figure 29 : Les mots de la presse — Archive visuelle d'un médicament du T.D.A.H.	183
Figure 30 : Les mots de la presse — Personnification du trouble par le Ritalin dans la presse écrite (Titres d'articles).....	183
Figure 31 : Répartition des actes de diagnostic au Québec	187
Figure 32 : Occurrence des actes selon le lieu de dispensation des soins.....	188
Figure 33 : Les mots du questionnaire — Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation médicale (6 à 12 ans)	190
Figure 34 : Répartition en pourcentage des actes posés par région de 2003 à 2015	192
Figure 35 : Le nombre d'actes liés à l'administration des outils d'évaluation.....	194
Figure 36 : Répartition en pourcentage des actes posés par région de 2013 à 2015	195

Figure 37 : Variations des services rendus à l'acte accompagné de l'acte 15556 – 1 ^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2015.....	197
Figure 38 : Groupes Facebook situés au Québec en lien avec le T.D.A.H – 2010 à 2015.....	203
Figure 39 : Les mots de Facebook – Voir le trouble de fonctionnement du cerveau.....	226
Figure 40 : Les mots de la littérature – La myopie du cerveau	228
Figure 41 : Les mots de Facebook – Dire la différence du T.D.A.H.	239
Figure 42 : Les mots de Facebook – L'avantage de la différence ou le génie dans son milieu	240
Figure 43 : Les mots de Facebook — L'hyperactivité comme avantage comparatif.....	241
Figure 44 : Les mots de la presse — l'économie du T.D.A.H.....	242

Résumé

À travers la généalogie de l'instruction obligatoire et la genèse de son extension à travers les appareils d'État, la thèse part du problème de l'enfant différent pour montrer l'histoire de son institutionnalisation à l'école. À travers la succession de périodes d'inertie dans les instruments de l'État, possible grâce à l'ordre du discours, et des formes de discontinuité, entraînés par le bouleversement des régimes de savoirs-pouvoir, la thèse circonscrit le champ d'une biopolitique qui démontre les limites de l'État libéral. Cette démonstration constitue la porte d'entrée de l'analyse du dispositif biopolitique de T.D.A.H., qui joue un rôle tout particulier dans la reproduction sociale. Au tournant des années 2000, l'État et certains acteurs présentés dans la thèse s'articulent pour produire une politique de la signification, une lutte discursive visant à créer les conditions de gestion du problème de l'enfant T.D.A.H. Ce n'est ni plus ni moins qu'une nouvelle grammaire qui renverse le sens de la différence d'un enfant pour la rendre plus disponible à des soins pharmacologiques. Un dispositif qui, malgré sa redoutable matérialité et sa surface d'inscription à fleur de peau, montre la texture des moyens de reproduction de la société québécoise. Ce faisant, elle souligne les limites des institutions de l'État libéral et de ses moyens d'accomplir ce travail social aux conséquences politiques pourtant essentielles. Il s'en dégage un dispositif discursif investi d'une tâche politique qu'il importe de souligner et à laquelle la thèse entend réfléchir. Elle termine en posant les conditions de dépassement de ces limites et en proposant une digression sémantique à l'ordre du discours capable de s'incarner dans une biopolitique plus humaine.

Mots clés :

Foucault, biopolitique, enfant différent, reproduction sociale, institution libérale, instruments de l'État, dispositif biopolitique, école, T.D.A.H., pratique de soin, attention, Québec.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur Jean-Pierre Couture pour son soutien indéfectible tout au long de ces années. Merci infiniment.

Je n'aurais pas pu mener à bien ce projet sans l'appui de ma conjointe Lucie sans qui ce travail aurait été impossible. Merci pour tes nombreux sacrifices qui m'ont permis d'y arriver, je t'aime.

Je veux aussi remercier des amis extraordinaires qui ont joué, chacun à leur manière, un rôle essentiel dans la réussite de cette entreprise. Merci à Francis et à Jean pour vos lumières et votre enthousiasme, votre contribution est inestimable. Merci aussi à mes lectrices pour votre appui. Micheline, Francine et Claire, je vous serai éternellement reconnaissant.

Je veux remercier enfin mes parents pour leur aide tout au long de ma vie. Merci de votre confiance et merci d'avoir toujours été là pour moi.

Liste des abréviations

DAS : Direction de l'adaptation scolaire

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DSM: Diagnostical Statistical Manual

LIP : Loi sur l'instruction publique

RAMQ : Régie de l'assurance maladie

MEQ : Ministère de l'Éducation du Québec

MELS : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport

MSSS : Ministère de la Santé, des Services sociaux et du Sport

PANDA : Parents aptes à négocier le déficit d'attention

CSE : Conseil Supérieur de l'Éducation

Introduction

Vers une question de recherche

Avant de devenir chercheur en sciences sociales, j'ai occupé des fonctions professionnelles en milieu hospitalier. En tant que préposé aux bénéficiaires, je prodiguais des soins à des humains qui me faisaient des confidences de toute sorte dont celle du soulagement « d'avoir enfin un diagnostic » et pouvoir mettre des mots sur ce mal mystérieux qui les afflige. Entre la catastrophe de se faire dire que nous n'allons pas survivre et le miracle de se voir guéri aussitôt que les mots furent dits, ces témoignages nombreux ont attiré mon attention sur ces mots qui énoncent un diagnostic et qui sont l'écho de ce pouvoir sur la vie. Je ne pouvais que constater la manière par laquelle l'exercice et, dans un deuxième temps, la reconnaissance de ce pouvoir instituait un champ d'intervention sociale aux potentialités éminemment politiques. Ce pouvoir changeait des vies, il pouvait donc changer les choses, du moins certaines choses.

Notre position dans l'hôpital nous permettait cependant de constater le caractère « approximatif » ou « exploratoire » du diagnostic du médecin. En travaillant dans un hôpital universitaire nous étions témoins de toute la différence qui marquait le jugement d'un résident nouvellement arrivé dans l'hôpital et son incapacité à mobiliser le pouvoir de la médecine et celui de son patron qui n'hésitait pas établir une stratégie d'investigation pertinente de manière à établir le diagnostic qui seul ouvrirait la voie à un traitement efficace. Le passage à l'acte marquait le début d'un *parcours thérapeutique*, une cassure parfois nette dans la trajectoire de vie d'un individu, un évènement de nature existentiel, quasi ontologique, transformant le sens du devenir de ceux qui l'avaient traversé.¹ Des paroles qui sauvent ou qui condamnent, des destins chaque fois transformés, voilà ce qui nous était confié. En recueillant tous ces témoignages, nous fûmes témoins de toute la conviction que les patients entretenaient autour de leur diagnostic, cela était pour eux un

¹ Nous utilisons le concept de parcours thérapeutique pour marquer explicitement le début d'une forme de gouvernementalité qui a pour objectif de traiter et de soigner un individu, ce parcours est un lieu privilégié du déploiement de la biopolitique. Nous y reviendrons.

moment solennel qui les accompagnait. Nous étions parfois stupéfaits qu'ils demeurent aveugles à l'indécision et à l'incertitude et même aux ratés dans la pratique thérapeutique dont nous étions témoins — et acteur. Dans un excès de défiance face à l'inéluctable fatalité de ce monde, le pouvoir médical et certains patients embrassaient les mots qui s'énoncent dans le diagnostic et, même s'il s'agit d'un « mensonge » à cause des ratés qui accompagnent cette pratique encore humaine, n'en étaient pas moins mobilisés dans un processus visant à infléchir le cours d'une vie. Le diagnostic, en tant qu'acte, manifeste ce pouvoir sur la vie qui, quand les circonstances le permettent, devient un événement marquant de la vie d'une personne qui le pousse à agir pour que la vie *persévère*.²

En faisant partie du personnel soignant sans pour autant être l'auteur de cet acte de diagnostic, nous avons tôt fait de constater que ce pouvoir dépend largement de tous les instruments qui font partie du paysage quotidien du milieu hospitalier. L'inventivité dont a fait preuve la médecine à travers son histoire, les avancées issues de ses pratiques et de sa recherche ne peuvent que nous laisser admiratifs devant les paysages que nous offrent les hôpitaux où l'on déambule au travers des appareils qui repoussent sans cesse les limites de l'impossible. L'hôpital est la caisse de résonance de cette parole qui sauve des maux et qui consacre la puissance de la médecine à travers une architecture toute particulière qui désigne un espace de soin et devient le théâtre des miracles de la médecine. Cette puissance d'agir de la médecine trouve sa manifestation la plus complète dans le diagnostic qui réussit à en être l'écho sensible en traitant les nécessiteux et en soulageant leurs souffrances. La puissance performative de la médecine qui dit et fait pour reprendre la formule d'Austin, qui arrive à infléchir le cours de la vie en fait une force sociale qui a attiré notre attention en tant que chercheur en pensée politique.

La performativité du discours médical dépend ainsi des moyens qu'il a su développer à travers les âges, alors que la parole du diagnostic arrive à réaliser l'action attendue, qu'elle arrive à mettre en œuvre un parcours thérapeutique. C'est une parole qui confère à

² Ce que l'idée de persévérance cherche à mettre en lumière est une forme d'engagement nécessairement individuel, mais aussi collectif, qui traduit la volonté que la vie ait une suite. Nous voulons souligner dès maintenant que le pouvoir sur la vie, sans cette réappropriation de la part des individus, ne permet pas selon nous de bien en saisir l'ampleur et l'importance politique.

l'énonciateur un écart vertical avec celui qui reçoit l'énoncé. Pour arriver sur ces hauteurs, cette parole s'échafaude sur d'innombrables savoirs et des moyens techniques divers. C'est ce qui donne son épaisseur à l'acte performatif de la médecine, c'est le contexte par lequel cette parole parvient à son statut et à la mobilisation des forces que cela implique. Le milieu très structuré (l'hôpital, le laboratoire, la salle d'examen, etc.) dans lequel elle opère aujourd'hui la plupart du temps, permet d'organiser une intervention dirigée et d'y pratiquer des soins de plus en plus soutenus par la technique.

Les effets de vérité du discours médical sont tellement salutaires pour la société qu'ils deviennent essentiels à la planification de sa reproduction. Ils placent ainsi les tenants de l'ordre de ce discours en position de pouvoir influencer le devenir de la population et d'ainsi interférer avec le pouvoir politique. La parole thérapeutique s'énonce en marge du cadre de la raison d'État et conserve avec la société un lien où se manifeste un pouvoir sur la vie qui passe par des pratiques qui vont varier selon les contextes et passer par tous ces moments permettant d'organiser la vie sociale. Son pouvoir sur la vie donne à cette parole une position stratégique pour l'évolution sociale. La puissance sociale liée à l'intervention médicale confère donc un statut particulier à ceux qui y participent et qui arrivent à produire des effets politiques pouvant finir par inquiéter l'État.

Notre expérience ne sera pas convoquée dans l'architecture scientifique de la thèse, mais comme le lecteur l'aura constaté, elle constitue un ancrage de notre interprétation de ce pouvoir sur la vie, de son caractère complexe et incarné. Elle nous a ouvert les yeux sur la partie invisible de ce pouvoir, sur cette parole inaudible qu'il nous paraît maintenant essentiel d'analyser pour le montrer au cœur même de son paradoxe. Impuissant et tout puissant à la fois, miraculeux et banal, ce biopouvoir interfère avec le cours de la vie individuelle pour l'infléchir et l'intégrer dans une composition collective. En effet, ce pouvoir est le ferment du vivre-ensemble, c'est ce qui assure que la reproduction sociale soit possible. Nous ne pouvions que constater que le pouvoir sur la vie qui se manifeste lors d'un diagnostic était le moment d'énonciation d'une parole performative qui portait toute la complexité du déploiement de cette volonté *de persévérer dans la vie* qu'ont les individus et les sociétés.

Bien qu'elle prenne un caractère massif à l'hôpital, la variété des témoignages dont nous avons été témoins nous semblait impropre à la systématisation et à la production d'un objet de recherche pour la pensée politique. Il y avait certainement matière à penser, mais notre expérience ne nous permettait pas de développer une cohérence au-delà de constats très généraux tant les témoignages différaient les uns des autres. C'est la perspective anthropologique de Didier Fassin (1997, 2000) qui a initialement déplacé notre étonnement premier vers un désir de faire enquête. Fassin, en écrivant sur le lien d'attachement des sociétés avec le médecin – et toutes les autres formes qu'ont revêtues ces *êtres soignants* – place le pouvoir politique en relation directe avec celui du médecin de manière à reconstruire la longue histoire de la *santé publique* et a su traduire ce dont nous avons été témoins. Il explique :

La capacité et la légitimité que l'on reconnaît à un individu ou à un groupe d'intervenir sur le cours de la maladie revêtent donc une valeur essentielle dans toutes les sociétés, puisque ce qui se joue dans l'acte thérapeutique, c'est à chaque fois (...) une question de vie ou de mort. Il faut ainsi considérer cette capacité et légitimité à la fois comme ce qui permet au thérapeute de soigner et comme ce qui fonde son prestige : c'est parce qu'il a du pouvoir qu'il peut guérir, et c'est parce qu'il sait guérir, que la société lui donne du pouvoir et le droit de l'exercer (Fassin, 1997; 124).

C'est à travers cet auteur que nous avons pris conscience de la fonction sociale qu'occupent les médecins, la généalogie du pouvoir de la thérapeutique en tant que pratique sociale nous mène vers leurs *actes* qui deviennent ainsi des matériaux propres à examiner les conditions de performativité et la logique d'organisation qui s'exprime à travers ce pouvoir.

Pour examiner ce qu'il dit, la tâche analytique permettant de rendre compte de ces procès de dispersion du pouvoir produit par les *actes de diagnostic* à travers les différentes pratiques sociales aurait été insurmontable. Si nous n'arrivions pas à circonscrire un champ plus restreint de son action, un champ plus pertinent par la question qu'il pose à la pensée politique, placer un tel acte au cœur de notre recherche aurait été vain. D'ailleurs, certains de ces actes sont tellement lointains de toutes considérations politiques, que de parler de pouvoir sur la vie en général est un projet complètement impossible dans le cadre d'une

thèse. Cependant, à partir d'un champ précis d'intervention, il est possible de choisir un moment où l'énonciation de ce pouvoir à des conséquences sociales et politiques significatives et évidentes. Pour ancrer notre question de recherche dans la perspective qui l'a vue naître, nous avons inscrit notre réflexion dans un contexte qui donne aux *paroles* qui composent l'acte de diagnostic un sens politique. Nous resterons ainsi fidèles à l'étonnement de notre expérience initiale tout en problématisant plus avant les effets de ce pouvoir et la concrétude de son champ d'exercice.

Le concept de *biopolitique* que Foucault (1976) emploie pour parler de ce pouvoir sur la vie nous est alors apparu essentiel pour nommer et fonder une analyse de la performativité du discours médical. Pour situer cette biopolitique sur le terrain de la pensée politique, il fallait déterminer un champ d'action de ce pouvoir pour y recueillir sa parole. Le champ d'analyse que nous avons décidé de circonscrire tourne autour de la différence en tant qu'elle est l'objet d'une intervention dont le but est de produire de l'intégration sociale. Puisque la différence manifeste les limites des capacités d'intervention biopolitique, elle s'exprime à travers des points de fuite qui met le pouvoir « en jeu ». Cela nous semblait essentiel pour montrer deux mouvements à l'œuvre dans le diagnostic : le premier étant celui de la mobilisation du pouvoir pour passer à l'action, le deuxième étant les moments où il rencontre une situation d'inefficacité et d'incapacité qui le pousse à chercher de nouveaux moyens d'intervenir. La rencontre du « pouvoir » avec cette « différence » est un problème fondamental pour la pensée politique³.

À travers l'évolution d'un diagnostic, à travers son étiologie et sa symptomatologie, à travers les changements dans les représentations des acteurs et dans différents modes d'autorité, nous allons pouvoir constater les déplacements sémantiques par lesquels les formes de reproduction sociale évoluent. Cela nous donnera un matériau précieux pour l'analyse d'un éthos servant de terreau à la (re) production des conditions sociales. Nous avons ainsi fait le choix d'examiner comment une biopolitique permet de donner une

³ Déjà Platon place au cœur du projet politique de sa cité idéale, un système de différenciation des rôles de chacun, de leur éducation de manière à assurer la stabilité sociale de la cité.

consistance au pouvoir sur la différence. Il s'agirait d'exposer le déplacement d'une grammaire qui permet de légitimer cette intégration de la *vie différente*.

Pour préciser encore notre question générale, nous avons choisi de porter notre attention dans le cas particulier où ces individus sont des enfants. De la sorte, nous sommes certains d'envisager le pouvoir distribué non pas seulement entre les mains de l'État, mais aussi dans de nombreuses autres mains : les parents, les professeurs, les experts de toutes sortes, etc. Le parcours thérapeutique de l'enfant est entièrement déterminé par les adultes qui l'entourent, ses relations au pouvoir sont multiples et diverses. L'action de ce pouvoir sur la vie nous permet de mettre en récit la manière dont la dispersion du pouvoir sur la vie prend forme. L'anticipation de la part de ces « autorités compétentes » des formes nécessaires que doit prendre l'existence de ces enfants pour s'intégrer dans la société future pourrait devenir matière à un examen critique du pouvoir qui incarne différents modes de volontés de *persévérer* dans la vie.

La question de recherche qui nous sert de point de départ à cette recherche est la suivante : **comment un acte de diagnostic en tant que mécanisme biopolitique, assure-t-il l'intégration de l'enfant différent dans une société moderne?** Il nous faut commencer d'abord avec un acte de diagnostic précis, en tant qu'acte langagier porteur d'un pouvoir et d'un discours sur la vie, pour ensuite montrer ce pouvoir sur la vie et lui donner une forme. Cela implique de montrer les mécanismes biopolitiques qui sont les paysages de ces actes langagiers, les architectures qui fondent la performativité de la parole et qui l'élèvent. Par son action, ce mécanisme devrait permettre d'intervenir pour assurer l'intégration de la différence dans une société moderne, c'est-à-dire une société dont les fondements reposent sur l'autonomie des sujets et les droits qui leur sont ainsi consentis. De plus, la fragilité de l'enfance et l'anticipation nécessaire à toutes planifications de l'inflexion à donner à leur existence pour assurer leur autonomie et leur insertion sociale donne à la question une portée heuristique intéressante pour notre recherche doctorale.

Problématique du trouble de santé mentale chez les enfants québécois : réduction à une topique du champ de la recherche

Notre question de départ demeure assez générale et bien que nous ayons circonscrit un type d'action très spécifique pour analyser la biopolitique, *l'acte de diagnostic*, le champ de recherche du pouvoir sur la vie demeure très vaste. À quel diagnostic pouvons-nous donner un sens social qui participe à cet effort d'agir sur la vie et dont les effets entraînent des conséquences politiques? Les effets de vérité de ces diagnostics mis en lumière lors de mon expérience à l'hôpital étaient tellement disparates qu'ils ne permettaient pas d'en faire le récit cohérent. Ainsi, toute discussion à propos des effets du pouvoir biopolitique sur les sociétés modernes aurait paru infondée et tirée par les cheveux. Pour qu'une telle discussion puisse avoir lieu, il faudrait s'assurer que le sens donné au diagnostic et à l'intervention sociale qu'il effectue soit lié de manière évidente à la question de la reproduction sociale. La pertinence de l'acte de diagnostic à analyser devrait se présenter de manière évidente.

Dans ce contexte, le choix d'un diagnostic de santé mentale nous a semblé évident. La contingence de notre situation de chercheur, tant géographique que temporelle, a certainement eu une influence dans le choix que nous avons fait de préciser notre question en choisissant le diagnostic de T.D.A.H. Cet acronyme allait se révéler être le nouvel horizon d'une longue série de formes d'intervention biopolitique sur l'enfant différent à travers l'histoire de la reproduction de la société québécoise. Examinons de manière plus précise la nature du trouble de déficit d'attention afin de bien saisir les enjeux qui se dégagent de son diagnostic. En précisant ainsi la recherche, nous allons vite constater les débats sur sa validité et la lutte dans la production de vérité entourant cet acte langagier qu'est le diagnostic.

Le DSM-IV (2000)⁴ décrit le T.D.A.H. comme étant un trouble « ... caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe chez des sujets d'un niveau de développement similaire avant

⁴ Le DSM est le manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie. La version IV se trouve dans l'annexe 2 .

l'âge de 7 ans ». Ces comportements doivent occasionner des difficultés fonctionnelles dans au moins deux des milieux de vie de l'enfant, que ce soit à l'école, dans le milieu familial ou dans les autres sphères de socialisation de l'enfant. Le plus souvent, ce sont les symptômes d'hyperactivité qui mènent au diagnostic (Barkley, 2006; Cohen et Morley, 2009; Dussault, 2010) alors que le déficit d'attention est souvent laissé au second plan. C'est donc dire que même si « ... [l] a plupart des enfants se retrouvent dans la catégorie mixte, sous-type présentant à la fois un minimum de six symptômes d'inattention et de symptômes d'hyperactivité/impulsivité... » (Dussault, 2010 : 5), le dépistage résulte bien plus des symptômes qui irritent les gens qui interviennent dans les différents milieux de vie de l'enfant où la paix sociale devient le principal motif de l'intervention. Ce qui complique la validation du diagnostic, c'est le fait que le TDAH peut aussi se présenter en concomitance avec d'autres troubles notamment l'asperger, les troubles de langage, la dyslexie, l'autisme, la toxicomanie, etc. Certaines études indiquent que dans 44 % des cas le TDAH est accompagné par d'autres troubles de santé mentale (Root et Resnick, 2003) alors que, pour d'autres études, cet indice monte à 75 % (Wilens et al, 2002).

La multiplicité des symptômes et l'imprécision autour de leurs causes font en sorte que les diagnostics psychiatriques sont souvent accusés d'être empreints de jugements subjectifs. Le TDAH n'est pas le seul diagnostic en psychiatrie à faire l'objet de contestation. Comme le souligne Rose (2019), la psychiatrie, en tant que branche de la médecine, reste en proie à la critique. « Yet ever since de birth of modern psychiatry in the mid-nineteenth century, it has been the topic of complaint, criticism, sometimes ridicule » (Rose, 2019:20). C'est pourquoi le milieu de la psychiatrie a fait d'importants efforts afin de standardiser ses pratiques. C'est de ces efforts qu'est né le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder* (DSM). Dans ses recherches, Jackie Orr (2010) décrit tout le travail qui a eu lieu aux États-Unis dans le champ de la psychiatrie depuis les années 1970, afin de préciser les critères de diagnostic, notamment à partir de la constitution du DSM-III et de l'informatisation des processus d'enquête.⁵ Elle conclut :

⁵ Le DSM III s'éloigne des catégories de maladie mentale d'inspiration psychanalytique et s'inscrit dans le développement des sciences positivistes et de l'usage de la statistique comme moyen de vérification. La

As the informatic management of health begins to structure new market-based assemblages of symptoms and information systems, pills and populations, the globalizing power of an informatics of diagnosis helps to situate such assemblages in the universalizing trajectories of an era of global pharmaceuticals. (Orr, 2010 : 342)

Les critères de diagnostic de certaines maladies psychiatriques sont liés aux traitements disponibles et aux manières d'organiser la recherche autour des symptômes répondant à la médication. C'est particulièrement évident dans le cas du T.D.A.H. où le traitement aux psychostimulants a des résultats rapides et les symptômes d'hyperactivité s'estompent la plupart du temps. Pourtant la disparition des symptômes ne veut pas dire que nous avons trouvé le bon médicament pour la bonne maladie. Lakoff (in Hackett, 2008) a raison d'insister sur le fait que la maladie mentale est complexe et, qu'à cause de l'effet placebo et du fait que certains médicaments agissent sur plusieurs symptômes, l'efficacité de certains médicaments à réduire les symptômes ne peut pas corroborer un diagnostic. C'est pourtant bien souvent ce dont les professionnels se contentent. Comme l'affirme un médecin généraliste québécois interviewé par Freyd : « l'important c'est que ça marche » (2009 : 146). La possibilité de traitement renforce la validité du diagnostic et l'acceptabilité de la notion de trouble qui, comme l'affirme Rosenberg, « ...labels, and predicts and, in so doing, helps constitute and legitimate the reality that it discerns » (2002 : 240). Force est de constater que — dans le cas du TDAH plus particulièrement — les anomalies décelées dans les comportements humains sont d'autant plus problématisées que nous avons les moyens médicaux d'intervenir, même si ces moyens ne constituent en fin de compte qu'un sursis dans la condition de vie du malade, et non pas une guérison.

Des auteurs critiquent le concept de *trouble*, jugé lâche et aux contours imprécis, qui favorise la pathologisation des comportements sans égard à leur contexte (Wakefield, 2006; Sax et Kautz, 2003; Brault et Lacourse; 2012). Le flou qui accompagne les symptômes à traiter et « l'efficacité » à large spectre de la médication vont ouvrir la porte à une prescription qui déborde le soin de santé mentale. La notion de trouble permet de fonder un diagnostic sur l'appréciation du clinicien des difficultés fonctionnelles qu'éprouve un

description du diagnostic de T.D.A.H. se trouve dans le DSM-III, il fait encore partie des troubles de conduite (annexe 1).

enfant dans ces milieux de vie, cette appréciation demeure ouverte à des erreurs (Wakefield, 2010). L'étiologie du trouble demeure d'ailleurs problématique. Suvorov et coll. (2009) ainsi que Gascon et coll. (2011) arrivent à montrer par leur recherche que l'exposition à certains contaminants pourrait avoir des conséquences sur le système nerveux et entraîner le développement du trouble. De nombreuses recherches vont souligner la dimension héréditaire du trouble sans pour autant arriver à déterminer une facture génétique au T.D.A.H. (Dussault, 2010). C'est pour cette raison que l'on déploie de nombreux efforts d'investigation qui tentent aujourd'hui de l'expliquer comme un problème d'intensité de l'activité du cerveau ou un déficit de fonctionnement sur des neurotransmetteurs (Brault et Lacourse, 2012; Rose et Abi-Rached, 2013).

Figure 1 : Les mots de Facebook – Le cerveau en action



Source : (page TDAH, Facebook; 2014)

Malgré les développements dans les moyens d'enquête de la science, des chercheurs contestent encore aujourd'hui le diagnostic. La psychiatre Moncrieff (2006) et l'écrivain québécois St-Onge (2013, 2015) postulent tous deux que le concept de *trouble de santé mentale* est produit par l'industrie pharmaceutique et porté par l'apparition du DSM-IV. Moncrieff affirme que: « (t)he pharmaceutical industry has popularized the idea that many problems cause imbalances in the brain chemicals. This message helps to further the aims of neoliberal economic and social policies by breeding feeling of inadequacy and anxiety » (2006 : 301). C'est l'effet de la consommation de masse de produits pharmaceutiques qui pousse Moncrieff à prendre une telle position. La réduction des politiques sociales, durant les années néolibérales au Québec, fait dire la même chose à St-Onge (2013, 2015) : l'industrie travaille à produire de la « maladie mentale » en s'appuyant sur la puissance performative des médicaments et en problématisant des comportements qui peuvent être normaux. Comment a-t-on popularisé ces idées qui font que l'on s' imagine que la modification de notre activité cérébrale grâce au médicament est une chose normale pour continuer de fonctionner?

Wakefield propose en ce sens :

... d'examiner quelles techniques sont utilisées pour étendre le domaine du concept de « trouble mental » à un plus grand éventail de conditions lorsque les intérêts économiques des fabricants de médicaments et des thérapeutes sont en jeu (comme le cas des pressions actuelles en vue de définir la dépression comme un trouble dans la pratique médicale en général), et ce, sans égard à l'interprétation contextuelle selon laquelle la condition pourrait être due à une perte réelle (on parle ici d'un processus de deuil) et ainsi ne pas être un trouble du tout (Wakefield, 2006 : 53).

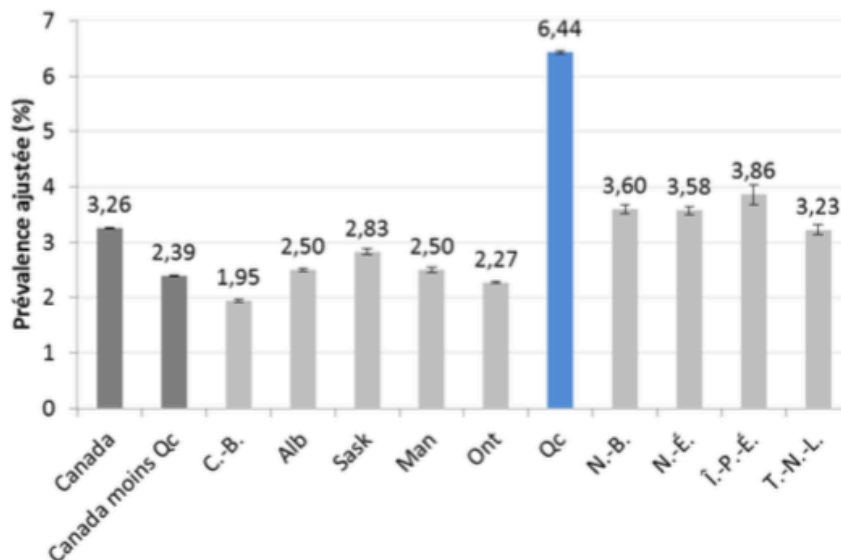
Nous ne pouvons qu'être soucieux de ces positions en ce qui a trait à la puissance performative des médicaments. Comme l'affirme St-Onge (2013 : 209-210), l'industrie pharmaceutique finance les deux tiers de la formation continue des médecins, ce qui entraîne des effets pervers dans la pratique de diagnostic et dans les habitudes de prescriptions des médecins (Epstein et coll., 2013). Nous sommes aussi conscients qu'au Canada, l'industrie pharmaceutique peut avoir accès à la formation des médecins dans les universités, celles-ci ne semblant pas en mesure de développer des politiques solides afin

de se prémunir de potentiels conflits d'intérêts (Shnier et coll., 2009). Rien donc pour donner le bénéfice du doute à ces acteurs importants du diagnostic.

S'il semble que les mécanismes biopolitiques soient en proie à des problèmes de validité, l'idée de se tourner vers les bénéficiaires de ces mécanismes pourrait nous aider à tirer la situation au clair. Or, au Québec, de nombreux groupes et organismes dédiés à la défense des intérêts des personnes aux prises avec le T.D.A.H. tentent de nous donner confiance envers ce diagnostic controversé et d'établir sa validité. Malheureusement, certaines recherches soulèvent d'importantes questions alors qu'elles montrent que « (...) les firmes productrices de médicaments utilisent le discours activiste selon lequel l'accès aux thérapies est une question de droits de l'homme » (Biehl, 2009 : 34). L'élargissement de la couverture des soins grâce au discours des personnes souffrant de problème de santé est donc un phénomène connu. Il s'agit d'ailleurs de l'hypothèse évoquée par Currie, Stabile et Jones (2013) à propos de la couverture universelle pour les médicaments au Québec qui entraînerait l'augmentation des prescriptions de psychostimulants et des écarts avec d'autres juridictions. Ces écarts sont très importants comme le montre l'encadré ci-dessous.

Figure 2 : L'exception du Québec

Prévalence ajustée selon âge de l'usage des 10 médicaments spécifiques au TDAH regroupés au Canada, par province, chez les Canadiens 0-25 ans, entre 1^{er} avril 2014 et 31 mars 2015



Source : INESSS, 2017; 5

Malgré tout, la remise en cause de l'existence de ces troubles reste problématique. Certes, contester les fondements épistémologiques de ces maladies affaiblit les prétentions à la vérité de ces grandes firmes qui tentent de vendre leurs médicaments, mais cela ne permet pas de mettre au jour la manière dont leur discours arrive à jouer un rôle idéologique pour l'inscription de l'individu dans la société. Nous l'avons mentionné d'entrée de jeu, même si le diagnostic est faux, il entraîne malgré tout des effets de vérité dans la foulée de son énonciation. Il ne s'agit pas d'un problème de la médecine ni de la pharmacologie, mais bien d'un problème (bio) politique lié au développement de ce mécanisme d'intégration des enfants dans la société québécoise, une société moderne.

Le T.D.A.H. au Québec.

Au Québec, la santé mentale fait l'objet d'une politique depuis 1989 qui souhaite s'appuyer sur différents moyens pour soutenir sa population. L'appareil administratif de l'État québécois s'est adapté à l'engagement que représente cette politique et a déployé une action en ce sens. C'est l'effet de l'une d'entre elles que nous allons suivre plus particulièrement pour faire le récit de la rencontre des champs de la psychiatrie et de l'éducation. La circulation de la médication de plus en plus importante à partir de la fin des années 1990 et encore plus grande à partir des années 2000 nous indique que l'élargissement des soins de santé mentale se fait grâce à la pharmacologie. La concordance des champs ne sera possible que grâce à la production de sens permettant de légitimer cette extension de soins pharmacologiques. Il s'agit pour nous d'une politique qui marque un tournant pour l'école publique, car elle y prolonge les structures de soins de santé mentale. Une production de signification vient avec cette politique. Cette lutte discursive est même arrivée à marquer une rupture dans la grammaire qui fixe le sens à certains comportements d'enfants de manière à rendre légitime l'administration du médicament.

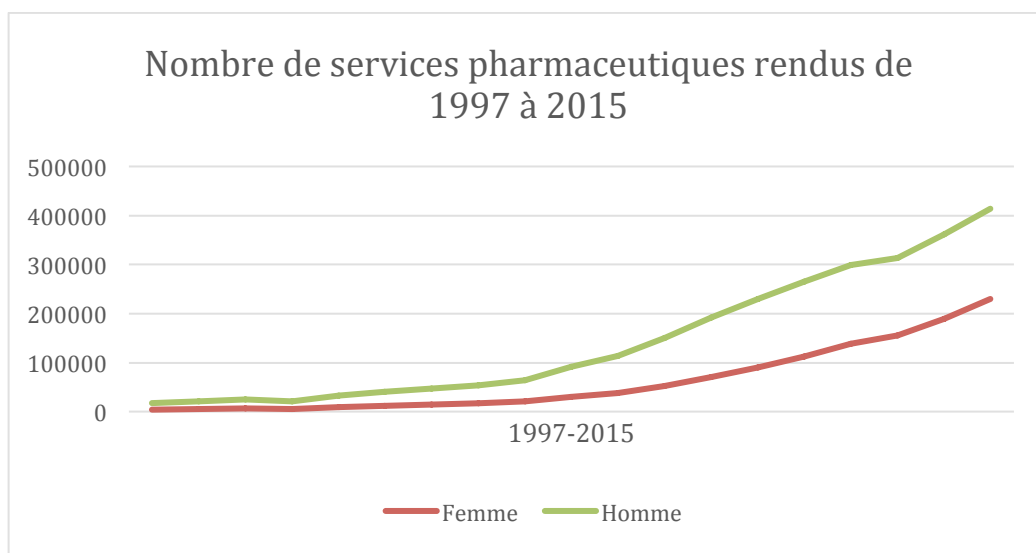
L'articulation entre les différents acteurs impliqués n'est possible que par un savoir partagé et un contexte d'interdisciplinarité. Les cas d'enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale ne sont pas courants, la relative rareté de ces derniers fait en sorte qu'ils constituent un objet difficile à appréhender pour quelqu'un qui n'a aucune connaissance sur la santé mentale. Par exemple, l'inconfort que provoque la présence de quelqu'un en crise psychotique ne peut être surmonté qu'avec une compréhension minimale de la situation. C'est pour cette raison que le savoir est essentiel pour pouvoir intervenir en santé mentale et qu'il va devenir un enjeu politique. Le trouble comme tel fait encore l'objet de débat sur son existence et son fondement. Comme le fait remarquer Dussault :

[...] les questionnements théoriques de ce trouble semblent avoir pris différentes tangentes au fil des années. En ce sens, durant les années 90, la recherche s'est davantage centrée sur les éléments neurobiologiques et génétiques associés à la problématique du trouble pour laisser la place, à la fin de cette décennie, à l'étude

neuropsychologique du déficit d'inhibition perçu comme la caractéristique qui distinguerait le mieux le TDAH des autres troubles mentaux (Barkley, 1997). À partir des années 2000, il n'y aurait pas eu de développement de nouvelles théories (Barkley, 2006) (Dussault, 2010; 26-27).

Les problèmes épistémologiques qui naissent de la définition du trouble ont des conséquences importantes sur la cohésion et l'organisation du dispositif de soin. L'hétérogénéité de ces acteurs et leur importante dispersion dans la société font du dispositif de soin un lieu de lutte pour la signification assurant une convergence discursive nécessaire pour légitimer les formes que les soins vont prendre. La médication va étendre ce mode de gestion de la différence à l'école.

Figure 3 : Augmentation de la consommation de psychostimulants 1997-2015



Source : Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ), 2016

La croissance importante de l'utilisation de la médication et l'inconfort de plusieurs acteurs donne lieu à la remise en cause de la validité de ce diagnostic. Pour certains, l'utilisation de la médication met en danger le travail thérapeutique que sous-entend une démarche de soins (Dufresne, 1999). La relation intersubjective d'une approche thérapeutique basée sur une intervention en psychothérapie cède sa place à une intervention pharmacologique. Il est possible de craindre de perdre ce que Dufresne nomme l'esprit de la psychothérapie

c'est-à-dire : « ... l'écoute se porte sur les symptômes et les rapports interpersonnels actuels et la parole vise à déculpabiliser, encourager et orienter, donc à consolider le moi dans sa dimension consciente et rationnelle » (1999 : 27). La pharmacologie entraîne inévitablement une perspective « utilitaire » dans le nouveau type d'intervention. Le rapport qui en découle est un rapport réifiant qui fait du sujet un objet désincarné de toute expérience et de tout contexte.

Ces diagnostics ne semblent pas avoir d'autres fondements hors des descriptions qu'on en fait dans les différents manuels de classification des maladies mentales (DSM ou le CIM), car ni l'examen génétique ni l'examen par l'imagerie n'arrivent à confirmer le trouble.⁶ Comme le laissait savoir le NIMH (National Institute of Mental Health) aux États-Unis, « (we) will be re-orienting its research away from DSM categories. (...) We need to begin collecting the genetic, imaging, physiologic and cognitive data to see all the data- not just the symptoms » (Insel, 2013). Ces données pourraient valider une forme d'anomalie qui pour Zecca (2001) permettrait de considérer la maladie comme une essence indépendante de son contexte. Dans un contexte plus près de notre objet d'étude, Lafortune (2007) fait état des recherches qui mettent à l'avant-plan des susceptibilités génétiques comme vecteur de transmission de différents troubles de santé importants chez les adolescents. « On ajoute que le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation et le déficit d'attention/hyperactivité ont probablement une susceptibilité commune. » (Lafortune, 2007 : 66) Ce qui fait dire à l'auteur que « ... l'on peut craindre que le dépistage ne devienne une détection ou un étiquetage et, enfin, que les professionnels de la santé, des services sociaux ou de l'éducation sortent de leur champ pour être utilisés à des fins normatives » (Lafortune, 2007 : 74)

Au tournant des années 2000, l'État québécois se trouve dans une position où il doit structurer un complexe délibératif permettant de légitimer l'utilisation de la pharmacopée à large échelle. Le flou du diagnostic et la pression liée à la réussite scolaire vont ressurgir dans l'espace public comme étant les réelles causes de cet élargissement de l'utilisation de

⁶ Cela expliquerait aussi le fait que les Français qui sont plus attachés à un autre modèle de classification des maladies mentales soient réticents à utiliser le diagnostic.

la médication. Ainsi, comme le souligne un médecin cité par Freyd (2009), « [p] eut-être y a-t-il une utilisation qui se galvaude un petit peu, mais je crois que le gros du, des prescriptions, est relativement légitime... » (120). Certaines recherches montrent que les enseignants sont parfois inconfortables avec la position dans laquelle ils se trouvent. Comme le rapporte une enseignante « (c) e qu'on veut, c'est que ce soit calme quand on passe dans le couloir. "Elle tient sa classe." Mais quand je tiens ma classe, le Ritalin, ça aide. [...] si le directeur passe, puisqu'il veut qu'ils restent tous bien assis, le Ritalin, là, ça aide. Tu fais des meilleures journées » (Doré et Cohen, 1997). Responsables du climat de leur classe, certains enseignants n'hésitent pas à encourager la médication. Les connaissances des acteurs impliqués dans le dispositif de diagnostic au tournant des années 2000 fait l'objet d'un travail colossal afin de structurer l'information et garantir une légitimité de la pratique.

L'objectif de cette mise en ordre des savoirs est de permettre la participation de tous dans l'administration de ces cas. Elle ne sera pourtant pas facile, les études montrent bien que les perceptions véhiculées sur le T.D.A.H. semblent varier selon les acteurs qui interviennent dans le diagnostic :

De plus, le taux de prévalence varie grandement selon la profession de la personne qui fait l'évaluation (Wolraich et coll., 1998). Certains soutiennent que cette situation serait en partie attribuable aux croyances des intervenants (Bender, et coll., 1995) et à leurs connaissances parfois insuffisantes et souvent incorrectes par rapport à ce problème (Desgranges et coll., 1995; Jerome et coll., 1994) (dans Massé, Couture et Anciaux, 2010 : 156).

Dans les faits, le processus d'évaluation est majoritairement fait par les enseignants (Sax et Kautz, 2003; Doré et Cohen, 1997; Cohen et coll., 1999), et, comme nous le verrons, de plus en plus par les parents. Au tournant des années 2000, la légitimité de leur évaluation est complètement remise en question. L'étude de Doré et Cohen (1997) rapporte l'exemple d'une mère d'un enfant turbulent qui se fait dire par un médecin « [V] ous avez le choix. Vous retournez sans donner de médicament à votre enfant, l'école va continuer à vous

embêter vous et votre enfant. Sinon vous donnez du Ritalin à votre enfant et vous n'allez plus entendre parler de rien » (228). Les auteurs finissent par conclure qu'un « ... portrait global émerge de cette étude pilote, qui serait aussi à valider ultérieurement : celui d'un système dysfonctionnel qui maintient son équilibre parce que les acteurs évoluent dans un contexte culturel de médicalisation de l'hyperactivité » (1997 : 235). Le flou scientifique qui accompagne cette « relative légitimité » des prescriptions est le point sensible des autorités et l'élément déclencheur de leur travail discursif. L'État concentre donc son action à assurer la mise en place de nouveaux régimes de vérité.

L'extension des soins en santé mentale dans les écoles du Québec va s'articuler sur le déploiement d'information et sur la circulation des produits pharmacologiques dans les écoles. En 1997, une étude pilote met en lumière « ... l'absence de ressources d'intervention autre que la médication. (...) » (Cohen et coll., 1997 : 23). Il s'agit de la plus simple expression des soins de santé mentale et les données que nous allons présenter montrent qu'elle s'élargit. Que ce soit l'enfant, le parent, les membres de la fratrie, l'enseignant ou la travailleuse en service de garde, les difficultés d'intégration d'enfant différent, quand ils sont gérés par la médication, deviennent des problèmes de nature privée, traitable en privé. Cette forme d'action publique en santé mentale renverse le fardeau de l'intégration sur les épaules de l'enfant et de leurs parents. Ce retournement de la santé mentale comme « travail sur soi », comme problème dont la responsabilité est individuelle, s'effectue de manière à soutenir les efforts d'insertion sociale sans transformer les environnements éducatifs afin de retrouver une incidence moins élevée des symptômes du trouble dans le paysage scolaire. À la fin des années 1990, il semble se dégager « un seul consensus universel concernant cette utilisation (celui de la médication) : celui d'un effet tranquilisant à court terme sur les comportements perturbateurs et d'une amélioration de la performance des tâches répétitives » (Doré et Cohen, 1997 : 219). La reproduction du monde social passe, semble-t-il, par l'administration de produits pharmacologiques à ces enfants en se contentant de donner les moyens d'exécuter des tâches répétitives. C'est alors tout le pouvoir sur la vie qui est en cause et qui doit être questionné.

Ainsi, notre étude suit le parcours historique des conditions discursives propres à gérer l'inclusion de l'enfant différent dans le monde scolaire. Cette biopolitique a subi des transformations et a évolué à travers l'interaction des différents champs de savoir qui cherchent à répondre à la même question : comment agir avec les enfants différents? Dans le contexte précis de la thèse, la question devient : comment habiliter un certain nombre d'acteurs pour permettre la pharmacologisation de l'intégration scolaire et sociale? Des réseaux d'intervenants vont fournir un effort pour établir les bases d'une hégémonie discursive légitimant leur manière d'agir. Le destin de ce sens commun est donc tributaire d'horizon symbolique produit, une forme d'unité d'énonciation dans laquelle les acteurs partagent le même ton, agissent de concert pour soutenir l'enfant qui souffre de sa différence. Ce topique (T.D.A.H.) doit nous permettre d'examiner l'univers discursif qui permet la distribution et la consommation massive de médicaments pour soutenir le parcours scolaire d'enfants différents. De manière plus concrète, nous examinerons les soins prodigués aux enfants dans leur contexte scolaire pour montrer la manière par laquelle l'école devient un espace biopolitique crucial dans la reproduction des structures sociales. Le nombre de prescriptions de psychostimulants montre que la pratique de soin en santé mentale est axée sur la pharmacologie à partir de 1997 (figure 3).

Les enjeux du T.D.A.H. pour la pensée politique : subjectivité et intersubjectivité en péril

Comme nous le démontrons tout au long de la thèse, l'agencement des discours et des foyers de production de savoirs va mettre en jeu le pouvoir. Comme le dit Foucault dans *La naissance de la clinique* : « La bonne médecine devra recevoir de l'État témoignage de validité et protection légale (...) [elle] ne peut trouver appui que sur une structure collectivement contrôlée, et qui recouvre l'espace social dans son entier » (Foucault, 1972 : 19). L'acte de diagnostic en tant qu'acte langagier performatif met en relation un certain nombre de pôles de ce pouvoir sur la vie qui entraînent des enjeux pour l'autonomie du sujet et la reproduction sociale touchant ainsi le cœur des institutions politiques modernes. Un certain recul historique permettra de montrer les variations des instruments d'action sur la différence dans l'enfance et la manière dont les moyens actuels sont liés à une longue histoire d'interactions entre différents pôles de ce pouvoir biopolitique. Notre thèse restitue les contextes des différents moments clés dans l'apparition d'un souci envers les enfants

différents qui se soldent aujourd'hui dans un dispositif de diagnostic. À travers cette richesse lexicale héritée du passage du temps, nous allons explorer comment le discours social québécois manifeste un souci pour l'insertion sociale, un souci de la différence dans sa relation avec le pouvoir biopolitique. Les motifs de ces déplacements apparaîtront dans le discours à travers le temps.

La tradition philosophique qui inaugure la modernité s'appuie sur la philosophie de Descartes pour fonder le sujet politique, un être rationnel et autonome. Dans ces *Méditations*, le philosophe indique le mode d'être qui permet à la fois de remonter jusqu'à un sujet irréductible et de fonder une connaissance absolue. Depuis cet événement dans la pensée, le parcours des sociétés occidentales apparaît comme un projet de déploiement de la raison et de la positivité de la science. Comme le rappelle Michel Foucault alors qu'il analyse le texte *Qu'est-ce que les Lumières?* dans ses deux premières leçons de 1983, Kant poursuit la modernité inaugurée par Descartes avec cette injonction, cet appel à « la sortie de l'homme de sa Minorité dont il est lui-même responsable » (Foucault, 2008 : 27). « *Sapere aude* », ose savoir lit-on dans le texte de Kant. C'est cette maxime qui caractérise l'architecture politico-juridique de la modernité en occident, il n'est donc pas surprenant que ce projet politique soit accompagné d'un projet pédagogique permettant de « produire » un individu raisonnable. Aujourd'hui, le T.D.A.H. est la manière de nommer le problème de l'enfant qui n'arrive pas à relever le défi kantien et éprouve des difficultés à la fois à l'école, mais aussi dans la société à cause d'une incapacité à se rendre maître de sa pensée. Les recherches et les interventions qui entourent le T.D.A.H. culminent aujourd'hui en tentant d'influencer les conditions de possibilité de l'apprentissage et donc de cet accès à l'autonomie.

Dans une perspective politique, le trouble de déficit d'attention se caractérise par une incapacité pour un enfant à participer « correctement » aux mondes partagés.⁷ Le trouble se manifeste par le déficit participatif qu'il entraîne dans la possibilité d'être formellement engagé dans la co-construction des mondes qui l'entourent. L'enfant ne peut que percevoir

⁷ Nous entendons par ce concept de monde partagé, un univers de sens, de signes, d'attentes qui unissent des individus dans une relation de réciprocité.

ce déficit qui compromet la possibilité de ressentir de la reconnaissance par les autres. Les ratés dans le processus de socialisation des enfants entraînent des souffrances et peuvent entraîner le développement de sentiments antisociaux. Ainsi l'intervention biomédicale n'a pas besoin d'avoir levé tous les doutes sur le mal qu'elle traite pour intervenir puisque les risques associés à la médication peuvent paraître moins importants que la détresse que peut entraîner un problème psychiatrique.

Le trouble manifeste des comportements symptomatiques situés autour de deux pôles, celui de l'inattention et celui de l'hyperactivité.⁸ Dans les deux cas, les problèmes qui justifient l'utilisation de la médication, et donc le diagnostic, sont ceux qui conduisent à des comportements antisociaux (dérangement du climat de classe, opposition, faible estime de soi et parfois idées suicidaires, isolement, etc.). La compréhension que nous devons nous faire de ce déficit est ainsi double : il s'agit bien évidemment d'une incapacité pour le corps à manifester de l'attention, mais plus encore, il s'agit d'une réalité sociale où l'enfant n'arrive pas à participer aux mondes communs qui pourraient être porteurs d'une socialité propre à briser les souffrances liées aux symptômes. C'est là que les effets sont proprement politiques.

Dans sa thèse en psychologie, Amélie Dussault (2010) insiste particulièrement sur le symptôme d'inattention et ses conséquences pour le processus d'apprentissage. Pouvoir apprendre requiert de l'attention. Cette dernière est donc une condition fondamentale du projet de la modernité. Il s'agit là d'une manière de poser le problème du T.D.A.H. à l'intérieur même des procès d'apprentissages et donc du fonctionnement de la raison. La définition que Dussault donne de l'attention est tributaire de sa méthode de recherche qui se veut largement quantitative, on y dénote des accents fonctionnels et mesurables avec les

⁸ L'institutionnalisation de la pratique de ce diagnostic devient évidente alors que l'idée de poser un diagnostic « différencié » aura fait sa place dans le réseau d'acteurs. Cette différenciation permet de poser des diagnostics de trouble de l'attention sans hyperactivité, alors qu'au départ seuls les symptômes les plus dérangeants, impulsivité et hyperactivité, font l'objet d'une intervention.

deux variables d'intensité et de sélectivité.⁹ L'explication du trouble à partir de ces symptômes va nous permettre de mieux poser le problème qu'il entraîne.

D'une part, [...] la dimension Intensité regroupe l'alerte (phasique et tonique), la vigilance et l'attention soutenue. (...) Ils parlent de l'alerte phasique lorsqu'il s'agit de réagir à un stimulus et de l'alerte tonique lors de l'absence d'un tel stimulus. La vigilance réfère au maintien d'un niveau d'éveil lors de tâches simples, d'une durée relativement longue, au cours desquelles la fréquence des cibles présentées est faible et temporellement aléatoire. L'attention soutenue, quant à elle, est sollicitée dans des tâches simples et longues au cours desquelles la fréquence de la présentation des stimuli cibles est élevée (Dussault, 2010 : 28).

En mesurant l'attention à partir du niveau de l'alerte, ce qui est mesuré est un phénomène de conscience qui permet la disponibilité de l'individu face aux stimuli du monde environnant. Il faut d'abord pouvoir être affecté pour pouvoir porter attention. Établir des ponts vers l'extérieur est la première attente que la société entretient envers l'enfant, il faut pouvoir entrer en relation avec les autres et interagir dans un « milieu ». L'intensité de l'attention doit donc être suffisante. D'un point de vue politique, la vigilance quant à elle est mesurée à partir de la capacité à effectuer des tâches simples qui s'inscrivent dans la durée. La vigilance permet de ne pas sombrer dans des rêveries improductives et de respecter les attentes à notre endroit. Elle assure aussi la cohérence des actions d'une tâche qui en nécessite plusieurs. Il s'agit d'une fonction essentielle pour effectuer n'importe quel travail.

La seconde dimension dans laquelle est mesurée l'attention dans les travaux de recherche est celle de la sélectivité. Il s'agit de la capacité cognitive à capter et de consolider certains des flux d'affects qui touchent l'attention et la perturbent.

D'autre part, la dimension sélectivité de l'attention regroupe trois autres composantes, notamment l'attention sélective, l'attention sélective visuo-spatiale et l'attention partagée. L'attention sélective est la capacité de centrer son attention sur une cible spécifique tout en inhibant la réponse associée aux distracteurs environnants non pertinents. Elle est déployée dans des tâches de sélection où apparaissent des stimuli de distraction. L'élément central de ce

⁹ Il ne s'agit pas d'un problème de méthode propre à Dussault, mais bien le trait de la recherche en psychologie, neurologie (et toutes les déclinaisons de leur rencontre).

concept est l'inhibition de la réponse associée aux stimuli (reliés aux éléments de distraction). L'attention sélective visuo-spatiale se distingue de la précédente par son implication dans des tâches qui sollicitent des déplacements de l'orientation attentionnelle, soit d'une localisation spatiale à une autre. L'attention partagée est définie par la capacité de traiter conjointement différentes sources de stimuli pertinents. Elle représente l'une des habiletés cognitives de base nécessaires au raisonnement et aux processus de résolution de problèmes. Elle serait mesurée par des tâches sollicitant une division de l'attention entre deux ou plusieurs sources de stimuli pertinents. (Ibid : 29).

La première compétence reconnue lors de l'exercice de la sélectivité est de pouvoir fixer l'attention sur les stimuli pertinents. Elle sous-entend une capacité de naviguer, littéralement, à travers les affects qui viennent perturber la conscience. Elle permet aussi de laisser cohabiter certaines informations, créer des espaces où la pensée peut les faire se rencontrer. Évidemment, dans le contexte scolaire et familial l'adjectif *pertinent* est fortement lié aux attentes des acteurs en présence. L'attention sélective permet de manifester les mêmes critères de pertinence que le monde dans lequel nous nous inscrivons, de respecter les codes sociaux en d'autres mots. L'évaluation de ce critère de pertinence revêt donc un caractère social primordial. La sélectivité repose à la fois sur la capacité de discrimination et sur la capacité d'inhibition. C'est pour cela qu'un des symptômes importants du trouble est celui de l'impulsivité qui produit des ruptures dans le phénomène de conscience en dirigeant l'attention de manière incohérente sur des stimuli jugés non pertinents.

Un problème de fonctionnement de l'attention devient le prétexte d'une rencontre du champ de la psychiatrie et celui de la pédagogie qui se confondent dans l'œil du professeur, alors qu'il juge un individu dans sa capacité à progresser par son effort d'entendement. Ces sauts qualitatifs recherchés par les professeurs dépendent en grande partie de l'attention soutenue. Cette attention n'est pas seulement nécessaire pour obtenir de bons résultats scolaires, mais bien aussi pour pouvoir agir adéquatement dans le monde social. Le *déficit d'attention* devient le signe qui marque la rencontre entre deux processus évaluatifs et qui dépend d'une perception commune de ce qui entraîne des difficultés — jugées pour le coup

comme des difficultés fonctionnelles — et qui va commander des actions. C'est alors que la rencontre des objectifs du médecin, du professeur, et du parent dans une autre mesure, pourra se faire et que tous pourront constater qu'un enfant manifeste un problème de progression dans le processus menant à son autonomisation, cet idéal normatif de la modernité.

Les recherches autour des différentes approches de traitement ne permettent pas de conclure que la médication a un impact significatif sur la qualité d'attention, mais plutôt sur la possibilité de maîtriser l'impulsivité et l'agitation qui est nuisible à la capacité de déploiement de l'attention (Dussault, 2010). En ce sens, c'est le fonctionnement de l'enfant, quand il effectue des tâches, qu'il s'agit de renforcer. La médication agit à titre de condition de possibilité de l'attention.

Dans ce développement conceptuel, Barkley postule que les déficits attentionnels chez les enfants atteints du trouble seraient différents selon qu'il s'agisse d'un diagnostic de type inattention prédominant ou de type mixte. (...) À la base de cette différenciation sur le plan de l'attention, l'hyperactivité serait la conséquence des problèmes d'inhibition qui affecteraient les fonctions exécutives en cause dans les conduites d'autorégulation impliquant en particulier le langage interne (Dussault, 2010 : 53).

Le langage interne dont il est question représente ici le dialogue intérieur d'un individu qui se remémore les règles et les consignes auxquelles il doit obéir, il s'agit en quelque sorte d'une grammaire composée des éléments injonctifs qui sont nécessaires au bon fonctionnement dans le monde et qui lui permettent de remplir les attentes que nous avons envers lui. Il est clair que la difficulté pour l'enfant souffrant du trouble à faire preuve d'autorégulation pose un problème social de premier ordre. C'est en ce sens que Barkley (2010) fait de l'impulsivité émotionnelle un symptôme clé dans l'explication du trouble et de son diagnostic qui entraîne des désordres dans les mondes partagés. Or, la fonction sociale de l'école est d'assurer que les enfants soient capables d'intérioriser un minimum de règles de conduite nécessaires à la cohabitation des individus dans la société. Le danger se situe donc dans le manque de prévisibilité que le comportement T.D.A.H. fait entrer dans les interactions avec les autres.

Cette fonction du cerveau capable de générer de l'attention revêt un caractère plus fondamental pour les fonctions cognitives alors que sa mobilisation permet d'établir des liens entre différentes informations pertinentes qui viennent au sujet. Pour *oser savoir* pour reprendre la formule de Kant, encore faut-il pouvoir savoir et pour savoir il faut avoir cette capacité attentionnelle. Celle-ci permet d'établir et de poser les bases d'un monde commun, des relations intersubjectives et d'une socialité aux conséquences politiques cruciales dans la reproduction de la société. S'ouvre ainsi la porte à l'individu pour le faire naviguer dans des mondes plus complexes où l'intersubjectivité est possible et la co-construction de mondes partagés devient le ferment du vivre-ensemble.

Peu d'auteurs proposent que les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) proviennent d'un déficit primaire de l'attention (Huang- Pollock, Nigg & Carr, 2005) alors que le Diagnostic and statistical manual of mental disorder, text revision (DSM-IV-TR) (2000) définit ce trouble comme un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe chez des sujets d'un niveau de développement similaire avant l'âge de 7 ans. (...) Selon Barkley (2006), des doutes grandissants à propos du rôle central des déficits de l'attention dans ce trouble étaient présents à la fin des années 80, alors que l'intérêt scientifique portait davantage sur les facteurs motivationnels ou les mécanismes de renforcement possibles comme difficultés explicatives du TDAH (Dussault, 2010: 26).

À ce sujet, l'auteure avance l'hypothèse que puisque les problèmes d'apprentissages liés au trouble étaient envisagés à partir du manque de motivation des enfants, elle se propose d'examiner le phénomène d'attention pour arriver à développer des approches qui permettraient d'intervenir de manière qualitative sur cette dernière. L'attention est la porte d'entrée vers un phénomène essentiel à l'activité cognitive. La présence ou la disponibilité d'un sujet à son environnement permettent d'établir des relations avec l'extérieur. Elle est aussi la condition de possibilité pour fonder sa propre subjectivité et fonder le savoir sur cette subjectivité. La vérité apodictique à laquelle nous mènent les méditations de Descartes n'est possible que si l'attention permet l'exercice de pensée.¹⁰ Pour qu'il y ait véritablement développement de l'autonomie du sujet, l'enfant devra faire preuve de sa

¹⁰ La réflexion philosophique demande une capacité attentionnelle qui peut être hors de portée pour un individu qui ne peut fixer son attention sur quelque exercice que ce soit.

capacité à co-créer les mondes qui l'entourent. Pour qu'un monde s'intensifie et soit source de reconnaissance pour l'enfant, il faut qu'il puisse y manifester certaines interactions avec d'autres sujets qui le reconnaissent comme coparticipant dans l'architecture mondaine. Dès lors que ce « travail » est reconnu, l'  cole peut devenir le lieu où vont germer les liens d'intersubjectivité qui fabriquent le tissu social. Le déficit d'attention, dès lors qu'il est surmonté permet à l'enfant de s'ouvrir à l'existence collective de manière adéquate, c'est-à dire en respectant un minimum les codes et les attentes en usage à ce moment donné et en y tirant un minimum de joie. Un déficit d'attention signifie donc que la manifestation d'intensité de l'attention est insuffisante pour que l'individu soit apte à manifester la conscience nécessaire pour interagir correctement avec son environnement. C'est ainsi que le concept de déficit vient problématiser l'expérience répétée d'un enfant pour qui le devenir débouche sur des situations d'isolement, où il n'existe pas ou peu de mondes partagés, et qu'ainsi les possibilités de rencontres intersubjectives constitutives de tissu social se raréfient. Si un enfant ne participe pas à la vie collective et qu'il devient un élément perturbateur, c'est là où la psychiatrie devient l'extension d'une intervention politique dans l'entreprise de reproduction sociale.

Pour assurer les conditions de possibilité de cet acte fondateur de la subjectivité chez ces enfants troublés, une intervention au caractère à la fois politique et ontologique s'opère et entraine de sérieux enjeux. Qu'est-ce donc qu'un sujet qui se fonde dans la pharmacopée? Que se passe-t-il quand les *mots* du dispositif donnent un sens aux *choses* qu'il explique et saisit, qu'il crée des signes et qu'apparaissent des cas. Pour que le T.D.A.H. entre dans la doxa québécoise, il faut que d'autres mots aient été dits bien avant qui traduisent tous cette difficulté relationnelle entre l'enfant et son milieu. C'est l'histoire de ce souci qu'il nous faudra exposer pour répondre à notre question de recherche. Le dispositif biopolitique nous mène à ce point de rencontre entre les dispensateurs de soins et tous ces cas où l'intégration sociale est en jeu. C'est ainsi que nous formulons une question de recherche plus spécifique :

Comment le discours sur le diagnostic de T.D.A.H. établit-il les conditions de performativité d'un dispositif biopolitique responsable de l'intégration sociale d'enfants différents dans les écoles du Québec?

Chapitre 1 : La place de la question dans la littérature

« Le pouvoir est quelque chose qui n'est ni source, ni origine du discours. Le pouvoir est quelque chose qui opère à travers le discours, puisque le discours est lui-même un élément dans un dispositif stratégique de relation de pouvoir. »

Foucault, 2001a; 465.

La généalogie du concept de dispositif biopolitique

Pour éclaircir le concept de dispositif biopolitique, nous commencerons par éclairer celui de biopolitique, puisqu'il est celui qui à notre avis arrive le mieux à qualifier l'esprit de ce *pouvoir sur la vie* dont nous avons été témoins à cause de notre expérience professionnelle. Clarifions la signification donnée dans la littérature à ce concept qui apparaît dans une publication de Foucault en 1976 et dont les reprises sont innombrables.¹¹ Le concept ne vient pas de Foucault lui-même (Esposito, 2004), mais c'est définitivement lui qui va assurer sa grande circulation et ces nombreuses reprises dans différents champs de recherche. Dans le premier tome de *l'Histoire de la sexualité*, la biopolitique est présentée comme le basculement d'un type de souveraineté à un nouveau style de gouvernement « ... qui fait entrer la vie et ses mécanismes dans le domaine des calculs explicites et fait du savoir-pouvoir un agent de transformation de la vie humaine... » (Foucault, 1976: 188). La sexualité est présentée comme un espace où le pouvoir parcourt les corps faisant de la norme, plutôt que la loi, un élément de plus en plus important dans la gouverne des conduites et dans l'exercice du pouvoir. Un savoir sur les corps qui donne un pouvoir qui agit à l'intérieur des régimes de gouvernementalité et dans les mécanismes de subjectivation.

L'explicitation du concept par Foucault, lors de ses cours au Collège de France en 1975-1976, lui permet de clarifier ce qu'il entend à ce moment du passage du pouvoir disciplinaire à cette nouvelle forme de pouvoir.

¹¹ Klein (2017) souligne que le concept de biopolitique est utilisé par Foucault lors d'une allocution à Rio de Janeiro en 1974. Nous avons choisi de travailler à partir des publications de Foucault qui seront les principales sources de circulation du concept.

Et puis, la nouvelle technologie qui se met en place s'adresse à la multiplicité des hommes, mais non pas tant qu'ils se résument en des corps, mais en tant qu'elle forme au contraire, une masse globale, affectée de processus d'ensemble qui sont propres à la vie, et qui sont des processus comme la naissance, la mort, la production, la maladie, etc. (1997: 216).

Dans le cours *Il faut défendre la société* (1976), le problème de la souveraineté d'ancien régime fait de la vie un objet de son intervention de manière à justifier la mise à mort et la guerre à ce moment de l'histoire. Foucault vise à expliquer la manière dont la vie de la population devient un objet pour le pouvoir. Il s'intéresse à ce nouveau mode d'exercice du pouvoir qui naît dans un contexte précis où la science, plus particulièrement la médecine, voit ses moyens d'action et le champ de ses interventions s'agrandir et où l'économie politique provoque une transformation de la rationalité du gouvernement. Il va s'intéresser à la manière dont la biopolitique va s'incarner dans le régime nazi et c'est là-dessus que se conclut le cours de l'année 1976. Il affirme dans les dernières minutes de son cours :

En gros, le racisme, je crois, assure la fonction de mort dans l'économie du bio-pouvoir, selon le principe que la mort des autres, c'est le renforcement biologique de soi-même en tant que l'on est membre d'une race ou d'une population, en tant que l'on est éléments dans une pluralité unitaire et vivante. (...) Donc le racisme est lié au fonctionnement de l'État qui est obligé de se servir de la race, pour exercer son pouvoir souverain. La juxtaposition, ou plutôt le fonctionnement, à travers le bio-pouvoir, du vieux pouvoir souverain du droit de mort implique le fonctionnement, la mise en place et l'activation du racisme (Foucault, 1997 : 230).

Foucault inscrit alors la biopolitique dans ce prolongement des caractéristiques de la souveraineté de l'ancien régime, « défendre la société » serait la manière dont opère le pouvoir politique pour se légitimer. En s'appuyant sur un appel à cette « pluralité unitaire et vivante », le pouvoir biopolitique marque un changement majeur dans la configuration des forces qui manifeste cette forme de souveraineté qui va s'incarner dans l'État libéral.

Les cours au Collège de France entre 1977 et 1979 font du libéralisme le champ où se déploie cette transformation du pouvoir biopolitique.¹² Ce pouvoir prendra désormais appui sur un certain nombre de moyens de s'exercer sur la vie à travers l'interface de la population. Le cours de 1976 permet une ressaie de la question de la transformation des rapports entre les modes de souveraineté de l'ancien régime et un nouveau mode opératoire pour le pouvoir politique libéral. Les premières séances de cours *Sécurité, Territoire et Population* arrivent à opérationnaliser l'action d'un biopouvoir en tant que nouvel élément de calcul pour l'action du gouvernement. C'est toute la logique de la raison d'État qui s'en trouve affectée. Le régime libéral paraît pénétré de toute part par des dispositifs de savoir/pouvoir par lesquels se disperse la souveraineté politique.

Afin d'envisager ces dispositifs de sécurité, le cours de 1978 reprend l'exemple des pratiques d'inoculation et la manière dont le savoir de la médecine s'inscrit dans une nouvelle rationalité pour le pouvoir politique.¹³ Se faisant, un espace d'intervention s'ouvre dans la population qui échappe à la souveraineté politique pour reposer sur un mode de vérédiction provenant d'une autre forme de raison émanant de la science médicale. Ces dispositifs sont autant de façons d'envisager cette articulation du savoir-pouvoir. Les « dispositifs de sécurité » pour Blanchette (2006) remplacent la notion d'*épistémè* utilisée par Foucault dans *Les mots et les choses* pour critiquer les sciences humaines et l'ordre du discours. Le dispositif, en tant qu'assemblage de mécanismes intervenant dans la reproduction sociale, permet au philosophe de construire un pont entre son approche discursive et son analyse matérielle du pouvoir. Deleuze décrit bien le dispositif :

Il ne fonctionne jamais pour représenter un monde préexistant, il produit un nouveau type de réalité, un nouveau modèle de vérité. Il n'est pas un sujet de l'histoire, ni qui surplombe l'histoire. Il fait l'histoire en défaisant les réalités et les significations précédentes, constituant autant de point d'émergence ou de créativité, de conjonctions inattendues, de continuums improbables. Il double l'histoire avec un devenir (Deleuze, 1986 : 43).

¹² En 1976, le professeur marque lui-même le déplacement de son travail alors qu'il affirme dans le premier cours à ses auditeurs : « C'est que j'en ai un peu assez : c'est-à-dire que je voudrais clore, de mettre, jusqu'à un certain point, un terme à une série de recherches... » (Foucault, 1997 : 5).

¹³ Le cours du 25 janvier s'appuie sur l'exemple de l'épidémie de variole et les campagnes d'inoculation pour montrer comment l'interface population arrive à opérer un déplacement des savoirs et la constitution d'une nouvelle économie politique, une nouvelle philologie historique montrant une autre version du pouvoir.

Le dispositif est une lutte pour la véridiction, un champ de relation où des forces sociales ayant toutes des formes de rationalité différentes interfèrent dans la mise en place de mécanismes d'ensemble permettant d'agir sur la population.

Le pouvoir biopolitique que Foucault tente de décrire a des effets massifs parce qu'il s'applique à élaborer des stratégies pour gouverner la population. Il fait ainsi une distinction entre deux modes de pouvoir, le pouvoir disciplinaire qui s'organise de manière centralisée, l'autre, le dispositif de sécurité qui est dispersé et dont les limites restent à définir. Il analyse ainsi la distinction :

Au contraire, vous voyez que les dispositifs de sécurité, tel que j'ai essayé de les reconstituer, sont au contraire, ont perpétuellement tendance à vouloir élargir, ils sont centrifuges. On intègre sans cesse de nouveaux éléments, on intègre la production, la psychologie, les comportements, les manières de faire des producteurs, des acheteurs, des consommateurs, des importateurs, des exportateurs, on intègre le marché mondial. Il s'agit d'organiser, ou en tout cas de laisser se développer des circuits de plus en plus larges. (...) La discipline ne laisse rien échapper. Non seulement elle ne laisse pas faire, mais son principe, c'est que les choses les plus petites ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes (Foucault, 2004 : 46-47).

Il pose l'espace ouvert du marché mondial comme l'horizon opératoire des dispositifs de sécurité et distingue sa force intégratrice de celle de la discipline. Elle est plus lâche et elle laisse s'échapper certaines formes d'existence de son contrôle grâce à une indifférence qui vient de son mode de constitution qui s'intéresse aux grands nombres, qui déploient des stratégies générales pour une population en général.

Pour analyser le nouveau territoire où l'a mené le concept de biopolitique et pour éclaircir cette nouvelle hypothèse de recherche, Foucault va s'intéresser à l'équilibre entre la *raison d'État* et une forme de *raison économique* où le pouvoir délibère devant les actions qu'il peut poser. Comme il le souligne, la population apparaît déjà chez les mercantilistes comme un principe d'enrichissement essentiel à la puissance des nations, le libéralisme n'est donc pas la seule rationalité économique à poser la population en objet de calcul. Ce qui est nouveau dans le libéralisme c'est que les formes de savoirs construisent un pouvoir

politique en marge de l'État grâce à leurs solutions à des problèmes pratiques de la gestion des populations. L'enjeu pour l'État demeure le même, celui de maximiser sa puissance, mais la distribution de pouvoir s'en voit bouleversée. Le constat de cette transformation du régime nous apparaît porteur puisque cette complexité croissante qui entre dans la logique délibérative de la raison d'État apparaît fondamentale pour notre réflexion sur l'intégration sociale. On pourrait reprendre les mots de Foucault dans la *Naissance de la clinique* pour expliquer l'enjeu de cette logique délibérative. « La médecine ne se donne plus à voir le vrai essentiel sous l'individualité sensible; elle est devant la tâche de percevoir, et à l'infini, les événements d'un domaine ouvert » Foucault, 1972 : 97). Ainsi, la population devient le domaine ouvert d'un exercice d'approfondissement du savoir de l'État en vue d'agir et de maximiser la puissance de l'État. Cela entraîne évidemment une analytique du pouvoir qui multiplie ses pôles mettant en évidence le rôle de certaines sciences (médecine, statistique, etc.) dans l'organisation de la vie.

Les prétentions à la validité de ces sciences sont un défi « ... posé à la pratique gouvernementale par les phénomènes propre à un ensemble de vivants constitué en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races... » (Foucault, 2001a : 818). Comme le souligne Keck : « À travers ce que Foucault appelle une "biopolitique de la population", c'est l'État qui trouve dans les sciences sociales un outil permettant de se réfléchir comme organe de savoir » (Keck, 2008 : 299). En tant qu'organe de savoir, l'État libéral va contribuer à produire des normes grâce aux dispositifs de sécurité qui vont s'additionner à la loi et à la force en tant que moyens d'intervention. C'est dans ce contexte que Foucault qualifie la médecine de « stratégie biopolitique » (Foucault, 2001a : 210) puisqu'elle produit, en tant que mécanisme de sécurité, des normes qui sont le résultat de la simple énonciation du savoir sur la population. Aubert décrit la manière dont s'articulent les conditions de possibilité de la biopolitique. Il repère chez Foucault les fondements de ce pouvoir ainsi :

Un biopouvoir se forme au carrefour d'une tétrade systémique formée par la psychologie comportementale, le positivisme empiriste, l'actuariat économique et l'utilitarisme de Bentham. La conjonction de ces quatre courants issus, chacun, de disciplines maitresses (psychologie, épistémologie, économie, philosophie morale) permet à

toutes ces théorisations d'interagir dans un complémentarisme exemplaire et aboutissent à la formation d'un nouveau paradigme politique fonctionnant comme un système interdisciplinaire cohérent : la biopolitique (Aubert, 2012 : 60).

Aubert restitue une cohérence à la biopolitique qui ne peut avoir du sens que dans l'analyse que Foucault fait de l'État libéral parce que ce dernier ne tente pas de restituer une cohérence à la chose. La conjonction entre ces courants arrive à une interdisciplinarité seulement à partir du moment où ils s'intègrent dans la rationalité gouvernementale. Il s'agit là d'un évènement historique qui est rendu possible par une discontinuité entre l'ancien régime et le libéralisme à naître. C'est à l'intérieur de cette délibération en vue de l'action de l'État que ces champs de savoir convergent et que la biopolitique trouve une épaisseur qui laisse apparaître une cohérence momentanée. Le pouvoir s'arme ainsi du savoir pour produire une analytique des objets qu'il saisit, de son action sur ces objets et de l'effet de ces objets sur sa propre action. Ils se transforment l'un dans l'autre et s'incarnent à travers différentes architectures sociales, différentes distributions du pouvoir-savoir à travers des instruments d'État qui vont permettre l'intervention biopolitique. C'est ce que nous entendons par dispositif biopolitique : cet assemblage d'objets, de concepts, d'idées et d'acteurs qui sont une forme agissante résultat momentané que fait naître la délibération de l'État dans sa pratique du pouvoir. Les moyens du pouvoir biopolitique prennent donc deux formes : celle de la police qui, en dernière instance, s'appuie sur la logique de raison d'État et celle des mécanismes de sécurité qui ont pour but d'agir sur les conduites de manière à diminuer les effets délétères de certains modes de vie. Ce savoir participe à une production de normes, à la consolidation d'ensemble (population) et fait du même coup de la biopolitique un mécanisme permettant de détecter les écarts et les déviations.

Il apparaît donc que le concept de biopolitique renvoie à une forme de rationalité spécifique de l'État libéral qui doit mobiliser certains champs de savoir qui viennent interférer avec son action notamment alors qu'elle prend pour objet sa population. Le dispositif quant à lui est une forme de matériel dans laquelle s'incarne savoir et pouvoir. Le concept de dispositif biopolitique nous permet donc d'opérationnaliser une enquête sur les modes d'intervention sur l'enfant différent tel que l'exige notre question de recherche.

La puissance informante qu'est la biopolitique : les dérives vers le néolibéralisme

Après avoir défini le concept de biopolitique, examinons la portée critique de ce dernier. La forme de l'État libéral apparaît dans le contexte du capitalisme naissant où se développe la biopolitique comme forme de réflexivité sur la maximisation de sa puissance. Cela apparaît clairement dans l'analyse de Foucault qui suggère une interprétation nouvelle de la reproduction de la force de travail et des forces productives, un thème lié à l'analyse marxiste, mais qu'il reprend à sa façon.

Le capitalisme, qui se développe à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail. (...) Pour la société capitaliste, c'est le bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel (Foucault, 2001a : 210).

La biopolitique semble être présentée comme un mécanisme propre à servir la société capitaliste pour veiller à préserver la force de travail. Est-ce qu'il faut comprendre que la biopolitique est pour Foucault une forme de savoir sur la vie et, par l'exercice de son pouvoir sur la population, sert à la reproduction de la force de travail et au maintien de l'ordre économique? La question n'est pas entièrement claire à la lumière du travail de Foucault. Le dernier cours de la série « La naissance de la biopolitique » en 1979, porte largement sur les transformations dans la rationalité étatique dans le contexte du néolibéralisme de l'École allemande de l'Ordo-libéralisme et de celle de l'École de Chicago. Il y a en effet quelque chose qui attire l'attention de Foucault sur cette forme de gouvernement qui apparaît comme le paroxysme du gouvernement biopolitique parce qu'elle prend pour objet la société elle-même et qu'elle se constitue à partir d'une rationalité immanente.

C'est cette multiplication de la forme « entreprise » à l'intérieur du corps social qui constitue, je crois, l'enjeu de la politique néolibérale. Il s'agit de faire du marché, de la concurrence, et par conséquent de l'entreprise, ce qu'on pourrait appeler la puissance informante de la société. (...) Il s'agit d'obtenir une société indexée non pas seulement sur la marchandise et sur l'uniformité de la marchandise, mais sur la multiplicité et la différenciation des entreprises (Foucault, 2004a : 154-155).

Cette *puissance informante* est en définitive un mode de régulation interne au pouvoir, une forme de réflexivité qui, comme le note Foucault, manque aux régimes communistes et socialistes qui s'appuieraient plutôt sur des textes pour fonder leur rationalité. Le problème qui se pose est cependant que cette *puissance informante* trouve une forme de cohérence seulement quand elle intègre la logique de marché dans sa délibération. Les dispositifs de sécurité arrivent à faire converger un ensemble de savoirs interdisciplinaires parce que le pouvoir de l'État opère une forme de sélection permettant d'infléchir le cours de la vie de manière à augmenter sa puissance. En d'autres termes le dispositif biopolitique est en proie à une récupération politique.

L'intérêt de Foucault pour cette dimension positive ou productive du pouvoir biopolitique durant cette période va attiser une suspicion de sympathie de la part du philosophe envers le néolibéralisme (Pestaña, 2010). La question est importante pour nous puisqu'elle doit nous permettre de bien différencier les éléments positifs liés au support de la vie de la population, une forme de travail social, de ceux qui s'inscrivent dans la gouvernementalité de ceux voués à reconduire une idéologie économique. Il faudra dégager ici notre propre positionnement sur la place des soins qui entourent un diagnostic en tant qu'acte biopolitique. Une série d'auteurs ne manqueront pas de critiquer la position que Foucault va adopter dans ses cours au Collège de France en montrant le peu de perspective critique qu'il entretient avec le néolibéralisme. « On souligne relativement peu comment certains développements intellectuels de la dernière période de travail de M. Foucault, apparemment au-delà de tout soupçon, ont paradoxalement œuvré à la légitimation d'un certain sens commun néolibéral » (Zamora et coll., 2014 : 2). Ce collectif d'auteurs arrive à donner a posteriori une certaine crédibilité à leur thèse en soulignant les nombreuses reprises de l'œuvre du maître dont certaines tendent à agir dans le sens de la légitimation de cette gouvernementalité néolibérale. Certains des auteurs du collectif attribuent à la conjoncture politique de la pensée de Foucault le besoin de se distancier d'autres champs de la critique, notamment marxiste et humaniste Behrent et Zamora (idem). L'intérêt de recherche de Foucault pour les pratiques de gouvernement et la rationalité économique par laquelle elles opèrent dans le néolibéralisme se fait pour les autres auteurs du collectif à

travers une forme de « fascination » envers le pouvoir que sa méthode ne permet pas de dépasser Wacquant et Rehman (idem).

Il est vrai que Foucault ne formulera pas une critique claire du néolibéralisme alors qu'il enseigne le cours *Naissance de la biopolitique* en 1979. Le néolibéralisme n'y est pas présenté comme le passage d'un régime à l'autre, mais bien comme un mode de rationalisation de l'activité économique qui met à contribution une puissance informante propre à favoriser le fonctionnement du marché. Cet approfondissement de la rationalité économique libérale et son prolongement biopolitique marquent pour certains la limite du travail de Foucault. Rehmann pose le problème de manière à soutenir que le concept de gouvernementalité montre le point d'achoppement de la critique foucauldienne en matière économique qui abandonne les concepts d'hégémonie et d'idéologie pour consacrer un champ d'études s'intéressant à la culture et à l'identité. L'absence d'une critique claire du néolibéralisme rend possibles des réappropriations de la méthode et des concepts du maître dans le dessein de légitimer le néolibéralisme. Ce rapport non critique au néolibéralisme et à la forme *entreprise* se manifeste dans certaines reprises des concepts foucauldien, et est possible selon l'auteur à cause de la position de Foucault qu'il compare à deux autres penseurs critiques.

Stuart Hall et Pierre Bourdieu sont alors souvent critiqués pour être restés dans « l'ancien paradigme » d'une critique de l'idéologie et d'avoir ignoré le fait que ces techniques néolibérales de pouvoir doivent être également analysées selon leur propre « productivité » et donc de manière « positive ». Cependant, en abandonnant la perspective d'une critique de l'idéologie, on perd également de vue les promesses d'étude des interactions entre techniques de domination et techniques de soi (Zamora et coll., 2014 : 138-139).

Afin de permettre de critiquer la pensée néolibérale, il faudrait s'assurer de pousser l'analyse matérielle des moyens de production biopolitique jusqu'à ce qu'elle révèle une cohérence et une cohésion dans les pouvoirs de la science, de l'affect et de la communication. En orientant le fil de son enseignement vers les pratiques de soi, Foucault restera muet sur les effets idéologiques du dispositif biopolitique de la société néolibérale.

Le projet d'une cartographie des liens entre pratiques de soi et le pouvoir naissant du néolibéralisme, à cause de la dispersion toujours plus importante des mécanismes de sécurité qui posent la forme entreprise dans tout l'espace social, est selon nous un projet irréalisable dans le cadre d'un enseignement. Il demanderait une équipe de recherche importante ainsi que des moyens techniques permettant de traiter l'importante quantité de données « topographiques » ainsi générées.¹⁴ Foucault restera donc muet sur les effets idéologiques liés à la biopolitique qui pourraient prolonger le néolibéralisme. Ce que souligne Foucault en fin de compte, c'est la supériorité d'un régime économique qui peut compter sur une rationalité gouvernementale dans l'activité même qui le constitue plutôt que de devoir fonder cette rationalité dans des textes, comme c'est le cas d'un régime communiste. Une supériorité à la limite épistémologique et méthodologique qui constitue le véritable fondement critique de la méthode foucauldienne. Ce qui importe dans ce contexte, c'est de trouver un champ d'activité pouvant offrir une fondation alternative à une rationalité gouvernementale, quelque chose d'autre que le recours à la doctrine du texte, à l'idéologie, etc. C'est un champ ouvert qui ne s'épuise pas dans les étiquettes qu'on lui assigne, qu'il s'agit de décrire et non pas une forme figée que l'on réduit à son nom; le néolibéralisme. C'est cela la biopolitique, une analytique du pouvoir, toujours en proie au mouvement. Il est fondamental selon nous d'interpréter le concept à la lumière de la position de Foucault sur l'histoire, le sujet et le signifiant qui sont les trois points d'appui critiques de la méthode généalogique de Foucault (2001 : 701-723). L'accusation d'être du côté du pouvoir, parce que l'on constate sa persistance et une proximité avec la logique économique vaut peut-être pour certaines reprises de Foucault, ce n'est pas l'objet de la thèse de faire cette démonstration, mais sa méthode est un antidote à une pensée célébrant le sujet néolibéral, maître et possesseur de lui-même et c'est ce que nous allons montrer.

¹⁴ Dans *l'avertissement* qui précède le cours *L'herméneutique du sujet*, Ewald et Fontana abordent cette question en rappelant le contexte des cours au Collège de France. Ils soulignent les nombreuses tentatives de Foucault pour mettre sur pied une forme de laboratoire collectif qui ne restera malheureusement qu'une idée (dans Foucault, 2001 : VIII-IX).

L'ambiguïté de la gouvernementalité biopolitique : entre idéologie et libération

L'objet de la thèse n'étant pas de démontrer si Foucault est néolibéral ou non, le détour à travers cette question aura cependant eu le mérite de clarifier la compréhension que nous avons de la biopolitique. D'abord une forme de *puissance informante* permettant une amélioration constante de l'organisation de la population de manière à ce que le pouvoir politique s'en trouve grandi, ensuite un phénomène qui mêle pouvoir et résistance à l'intérieur du même mouvement, quelque chose qui échappe à l'État et qui le déborde. La fin du cours « Naissance de la biopolitique » va marquer un autre déplacement, cette fois vers l'examen des régimes de vérité et des pratiques de soi qui doivent permettre de les affirmer, de les incarner. Le vocable *biopolitique* va migrer vers celui plus intime de *bios*.¹⁵ Le détournement de la question du régime économique vers les questions entourant le sujet nous paraît essentiel pour permettre de situer notre compréhension du concept de biopolitique.

Les derniers cours de 1982 à 1984 au Collège de France permettent de préciser la portée critique du concept de biopolitique. On retrouve dans la notion de *parrêsia* cette tension qui expose le pouvoir et lui résiste, un jeu de vérités en lutte, un espace où le pouvoir est en jeu. Le pouvoir de la vérité et de la lutte pour la signification fonde le sujet biopolitique qui oscille entre l'objet que l'on veut faire de lui et les formes singulières qui manifestent la vérité qui s'incarne à travers une éthique de soi, « ... la bios comme une œuvre belle » (Foucault, 2009 : 149) Foucault va conserver jusqu'à la fin de ses recherches un intérêt constant envers l'esthétisme que peut prendre la résistance au pouvoir. Le souci de soi comme travail constant de mise en forme est l'expérience éthique où la subjectivité arrive à mieux poser les termes d'une interaction avec le pouvoir, une expérience où résistance et affirmation sont les deux pôles de l'inscription du sujet politique. Le cours *Le gouvernement de soi et des autres* (1982-83) et celui sur *Le courage de la vérité* (1984) montrent l'aboutissement de l'analytique du pouvoir et développent une réflexion politique importante autour des enjeux de la véridiction. Ils marquent la fin de toutes les accusations

¹⁵ Il s'agit pour Foucault d'examiner les rapports entre la production de subjectivité et les mécanismes de véridiction. Comme il le dit lui-même, « ce n'est pas le pouvoir, mais le sujet qui constitue le thème général de mes recherches » (Foucault, 2001: 1042).

de sympathie que pourrait entretenir Foucault avec le pouvoir dominant, l'analyse de pouvoir le montre comme irréductible à une forme fixe, toujours en tension dans son exercice.

Sa phénoménologie du pouvoir montre l'importance des relations intersubjectives d'abord pour leur utilité dans la gouverne des conduites et ensuite parce qu'elles sont les points de résistance au pouvoir qui permet la *parrêsia* en tant que modalité du dire-vrai. Ces derniers cours nous font retenir deux choses de la recherche de Foucault et que nous allons intégrer à notre conception de la biopolitique. D'abord, le pouvoir et la vérité ne peuvent s'exprimer sans résistance, la biopolitique opère dans cet espace de résistance. La différenciation qu'appelle la forme entreprise, cette *puissance informante*, quand elle prend une forme esthétique et éthique devient irréductible à la reconduction de l'idéologie. Ensuite, la biopolitique s'appuie sur une relation à l'autre. Cette relation opère elle aussi dans cette dualité : résistance/assujettissement sont les deux visages d'un même mouvement. Il ne s'agit pas de nommer le mouvement, mais de le décrire, c'est là que réside le potentiel critique du concept de biopolitique.

Certaines reprises du concept vont dans le même sens que nous en tentant de mettre l'emphasis sur le potentiel critique de la biopolitique (Rabinow et Rose, 2006; Negri et Hardt, 2000), y compris dans le champ de la santé (Ducourneau, 2010). Alors que d'autres reprises dans le champ de la santé mentale soulignent quant à elles le caractère disciplinaire du pouvoir biopolitique (Gagnon, 2007; Cohen et Morley, 2009) ou sa propension à soutenir l'idéologie libérale (Borduas, 2013). À cause de l'importance que donne le dernier Foucault à la résistance au pouvoir et à la relation intersubjective dans la gouverne des conduites, nous nous rangerons du côté des premiers auteurs. Le concept de biopolitique est donc à la fois vecteur de pouvoir et réappropriation de soi; il conserve des aspects progressistes tout en entraînant des enjeux liés à des formes de domination.

Parmi les reprises importantes du concept, celle de Hardt et Negri réfléchit le mieux à ce caractère ambigu de la biopolitique. L'épistémologie spinoziste de Negri fonde cette perspective biopolitique qui trouve dans l'univocité propre à la philosophie de Spinoza la

manière de réconcilier les écarts qui proviennent de l'ambiguïté de servir le pouvoir et de lui résister.¹⁶ À la différence de Foucault, Negri et Hardt arrivent à penser une forme de continuité historique à la biopolitique. C'est ce qui va permettre aux auteurs de structurer une critique du monde vécu en restituant une cohérence aux interactions entre le pouvoir et le sujet et à penser la biopolitique. Negri et Hardt soulignent leur écart vis-à-vis de Foucault comme suit :

On peut ainsi comprendre comment la conception qu'avait Foucault de l'ensemble social se réalisa et se parfit lorsque, dans une phase subséquente de son travail, il découvrit les lignes émergentes de la société de contrôle comme image du pouvoir actif à travers la biopolitique globale de la société. Il ne semble toutefois pas que Foucault — bien qu'il eût puissamment saisi l'horizon biopolitique de la société et l'eût défini comme un champ d'immanence — ait jamais réussi à libérer sa pensée de cette « épistémologie structuraliste » qui guidait sa recherche depuis ses débuts [et qui] (...) sacrifie effectivement la dynamique du système, la temporalité créatrice de son mouvement et la substance ontologique de la reproduction culturelle et sociale (Hardt et Negri, 2000 : 54).

Foucault refuse cette dynamique de système parce qu'il veut garder cette réalité ouverte à la différenciation, au déploiement des mécanismes de sécurité. Pourtant sa méthode offre tous les outils nécessaires à saisir la « temporalité créatrice » du mouvement biopolitique. Comme il le dit lui-même en exposant comment il est progressiste, Foucault résume son travail comme suit :

Déterminer, dans ces dimensions diverses, ce qu'a dû être en Europe, depuis le XVII^e siècle, le mode d'existence des discours, et singulièrement des discours scientifiques (leurs règles de formation, leurs dépendances, leurs conditions, leurs transformations), pour que se constitue le savoir qui est le nôtre aujourd'hui et d'une façon plus précise le savoir qui s'est donné pour domaine ce curieux objet qu'est l'homme (Foucault, 2001 : 722).

Ce travail descriptif marque la sobriété de l'entreprise de Foucault et constitue la limite de son analyse de la biopolitique pour Negri et Hardt. Il n'est pas seulement question de montrer que pouvoir et résistance sont partout, ce que fait Foucault dans la trajectoire du

¹⁶ Spinoza ne fait pas de différence en soi entre servitude et liberté, les deux procèdent du même désir et sont deux états différents d'un même mode d'être plus ou moins parfait. En ce sens, il n'y a pas entre résistance et servitude au pouvoir de différence, simplement un autre mode d'être.

concept de biopolitique que nous avons décrit, il s'agit d'aller plus loin en décrivant les modes sous lesquels opère ce détournement et comment il arrive à poser une forme positive d'existence qui échappe à l'hégémonie de l'Empire. Les pratiques politiques de libération sont autant de parcours éthiques, au sens spinoziste, où la connaissance permet un dégagement des passions tristes qui accompagnent les effets du pouvoir que l'on subit pour donner place à des passions joyeuses que suscite son détournement. « L'analytique de l'espace plein et du temps ouvert est en train de devenir une éthique de la libération, dans toutes les dimensions construites et mises en place par ce discours (celui de la science) » (Negri, 1982 : 330). Cet espace plein est la somme, le point d'appui d'un élargissement des pratiques de la biopolitique. Pour les auteurs, cette dernière est le mode de production de la vie sociale qui s'articule autour du politique, de l'économique et du culturel (Negri et Hardt, 2001; 18) qu'ils présentent comme autant de pratiques constitutives du social. Encore une fois, l'épistémologie spinoziste des auteurs joue un rôle clé pour leur permettre de penser l'unité d'un système de reproduction sociale. Leur éthique de la libération s'incarne grâce à la réappropriation par la *Multitude* des mécanismes qui engagent la reproduction du monde et qui est trop souvent laissée entre les mains de l'*Empire*, cette nouvelle forme que prend la souveraineté moderne.

La seule réponse que nous pouvons donner à ces questions est que l'action de la multitude devient politique, à l'origine, quand elle commence à affronter directement et avec une conscience adéquate les opérations répressives et centralisées de l'Empire. Il s'agit alors d'identifier et d'engager les initiatives impériales, et de ne pas leur permettre de rétablir l'ordre continuellement; il s'agit de traverser et briser les limites et les segmentations qui sont imposées à la nouvelle force de travail collectif; il s'agit de rassembler ces expériences de résistance et de les utiliser de concert contre les centres névralgiques de l'autorité impériale (idem : 480).

Le renvoi à l'idée de conscience adéquate n'est pas sans rappeler le concept de connaissance adéquate qui est pour Spinoza l'aboutissement du parcours éthique et la voie de la libération. La transformation du monde par une conscience adéquate des modes de reconduction idéologique qui parcourt le social permet de donner une portée critique à l'analyse des formes de relation qui détournent le mode de reproduction sociale dominant. Comme le disent les auteurs, « (...) cette existence biopolitique de la multitude possède le

potentiel pour être transformée en une masse autonome de productivité intelligente, c'est-à-dire en un pouvoir démocratique absolu comme aurait dit Spinoza » (Ibid. : 416). Negri et Hardt décrivent le déplacement et le changement de la forme par laquelle opère la souveraineté, non plus comme ce que Foucault observait dans l'État libéral, mais dans un pouvoir transnational opérant directement au sein de la reproduction sociale afin d'assurer la reproduction du système capitaliste. Au départ dans le travail de Foucault, la relation entre le capitalisme et le mode de gouvernement libéral opère évidemment grâce à l'État, mais aussi à travers la production d'information et de savoirs qui ont une forme de cohérence par la fonction qu'ils jouent dans la reproduction des conditions de possibilité du capitalisme à un temps donné. Ils expliquent que

Si la communication est l'un des secteurs hégémoniques de la production et influe sur la totalité du champ biopolitique, alors nous devons considérer la communication et le contexte biopolitique comme coexistants et coextensifs. (...) la production communicatrice et la construction de la légitimité impériale marchent de concert et ne peuvent être séparées. La machine est auto-validante et autopoïétique — c'est-à-dire systémique. Elle construit des structures sociales qui évacuent ou rendent ineffective toute contradiction; elle crée des situations dans lesquelles, avant même de neutraliser la différence par la coercition, elle semble l'absorber dans un jeu d'équilibre autogénérateurs et autorégulateurs (Negri et Hardt, 2000 : 60).

Negri et Hardt déplacent cette instance de convergence dans la production communicatrice du Capital. Nous ne souhaitons pas faire comme les auteurs et étendre notre compréhension de la biopolitique à une « substance ontologique de la reproduction sociale ». Dans le cadre de notre recherche, le dispositif biopolitique est un ensemble coordonné en vue d'une action sur les grands ensembles qui a un statut instable et nous allons nous contenter de décrire les conditions de cette coordination et de cette collaboration (ad hoc) du savoir et du pouvoir. En déterminant d'abord le rôle de l'État libéral dans la coordination des savoirs comme Foucault le suggère et en déterminant ensuite les limites d'expression de la différence comme le suggèrent Negri et Hardt, nous pourrions bien arriver à montrer ce qui donne une consistance à la biopolitique et comment elle est instrumentalisée par le pouvoir à différents moments de son histoire.

La biopolitique au-delà de Foucault : un concept d'analyse de discours

Selon notre optique biopolitique, la gestion des populations d'enfants entraîne une série de problèmes qui structurent les différents milieux d'accueil : l'école, la famille et les autres lieux de socialisation afin d'assurer d'intégrer les enfants différents. L'état du savoir en matière de santé mentale cherche à libérer ces enfants de comportements injustes à leur endroit. Ce même savoir, alors qu'il viendra à circuler de plus en plus et à s'entrelacer avec d'autres discours va intégrer les limites que lui impose une forme d'hégémonie dans le discours social tout en les déplaçant. Le trouble social qui résulte d'un comportement impétueux et impulsif sera combattu et des efforts à *faire vivre* correctement et à maximiser l'intervention du pouvoir vont prendre une certaine consistance et une épaisseur variable dans le temps. Il s'agit d'un dispositif plus ou moins coordonné, mais qui entretient des relations stratégiques pour la stabilisation des pratiques et la légitimation de certains moyens d'action. En produisant de nouvelles règles de gouvernementalité, la biopolitique crée littéralement de nouveaux contextes de subjectivation, elle prend la vie des individus et ses processus comme objet (Rose, 2007). Rabinow et Rose montrent la portée analytique et empirique du concept de biopolitique.

[...] we propose that the concept of biopolitics designates a plane of actuality that must include the following elements:

- One or more truth **discourses** about the «vital» character of living human beings, and the array of authorities considered competent to speak that truth. (...)
- **Strategies for intervention** upon collective existence in the name of life and health, initially addressed to populations (...) but also may be specified in terms of emergent biosocial collectivity (...)
- **Modes of subjectification**, through which individuals are brought to work on themselves, under certain forms of authority, in relation with truth discourses, by means of practices of the self, in the name of their life or health (...) or in the life or health of the population has a whole (...) (Rabinow et Rose, 2006 : 197. Nous soulignons).

Dans le cas précis de la thèse, le dispositif de sécurité qui se manifeste dans la gestion de la différence doit organiser une action pour combattre un comportement exceptionnel aux tendances antisociales. C'est là le premier critère de Rabinow et Rose, un *discours* sur le

caractère vital des êtres humains que nous allons organiser autour du discours sur l'intégration sociale et toutes les autorités qui y participent. Les *stratégies d'intervention* sur le « collectif enfant » vont être exposées au travers de l'analyse de la rencontre entre différents champs de savoir qui les détermine. À mi-chemin entre les soins médicaux, plus particulièrement ceux de la psychiatrie, et ceux de la police, ce combat pour l'insertion est aussi celui de la lutte contre la délinquance. Le champ de l'intervention varie en fonction de chacune des périodes historiques qui vont marquer l'histoire de l'organisation du temps de la population infantile dans les écoles au Québec. Ces périodes prendront leur consistance à travers l'examen des moyens de prise en charge et des technologies de soin permettant d'intervenir sur la vie des enfants différents. Les parents, les professeurs, les médecins, et tous les autres acteurs impliqués dans les interventions vont s'appuyer sur des moyens communs qui vont changer et marquer les époques et leurs régimes de gouvernementalité. En ce sens, la biopolitique va avoir des conséquences sur la reproduction des formes de la société. C'est parce qu'il trouve à s'inscrire dans les *modes de subjectivation* et qu'il doit permettre l'insertion sociale que le récit auquel nous allons donner voix va pouvoir nous permettre de démêler ce qui constitue pour un enfant pris dans les mailles de ce dispositif biopolitique.

L'État biopolitique est un État social qui permet d'intervenir pour soutenir les conditions de possibilité de l'insertion de ces individus dans le monde. Pour autant, son implication demeure minimale et l'essentiel de l'intervention sociale que le pouvoir politique s'autorise le déborde complètement, le dispositif biopolitique dépend d'une autre logique propre à l'équilibre de ses forces. C'est, nous semble-t-il, un élément crucial qui permet de conserver une acuité analytique pour identifier les réels responsables de la biopolitique, mais aussi de penser de possibles réappropriations. Plus encore, et cela nous apparaît essentiel pour ne pas confondre le dispositif biopolitique et État-providence, le calcul duquel résulte l'action biopolitique en reste un de maximisation et d'optimisation de l'action qui débordent les acteurs étatiques. Dans ce calcul, il n'y a pas de place pour des principes, mais simplement une pragmatique qui permet une intervention où se rencontrent les acteurs du dispositif.

Vérité et performativité : un dispositif biopolitique et le sujet du libéralisme

La généalogie du concept chez Foucault trouve un prolongement presque naturel dans la discipline de la santé publique qui ne prend plus seulement la maladie pour objet, comme ce peut être le cas pour la médecine, mais surtout « l'homme sain » (Fassin, 2000 : 61). Nous retrouvons ici à nouveau Didier Fassin qui pose la santé publique comme une *puissance informante* à l'échelle individuelle et sociale. Les données sur la vie de l'individu qui se génère grâce à différents savoirs suggèrent et instaurent un rapport différentiel entre les individus à partir des conditions d'une norme statistique tirée de la population auquel il se rattache. Pour veiller à prévenir la maladie et organiser la population pour conserver les conditions de possibilité de cet homme sain, il faut développer des stratégies pour intervenir. La perspective que développe Fassin et qu'il rattache lui-même à une forme particulière de bio-politique (ibid : 68), repose sur une approche discursive de l'action de la santé publique.

La santé publique parle. D'elle-même, de la société, de l'homme. C'est d'abord en tant que discours qu'elle existe. Elle se définit et elle se raconte. Désignation de son domaine, roman de sa genèse, récit de son histoire : elle se dit. Mais aussi bien, elle décrit et elle prescrit. État des corps, distribution des maladies, énoncé de règles : elle dit le monde. Discours à l'intention de soi et à l'intention des autres (ibid : 67).

En examinant les conditions de possibilité de cette parole, il est possible de déterminer ce contre quoi elle lutte et quels sont ses moyens. Le discours qui en résulte devrait aussi répondre aux conditions de communicabilité que supposaient Negri et Hardt afin de participer au dispositif biopolitique. Fondée sur certains savoirs, la parole de la santé publique peut servir à donner une validité aux formes de vie qu'elle nomme. Les écarts à la norme se voient expliqués et donc la question de la différence s'inscrit dans le schéma narratif qui s'appuie sur une étiologie expliquant l'avènement de la maladie chez l'individu sans le tenir pour responsable de sa différence luttant ainsi contre son exclusion. Toute la recherche en santé publique prend l'idée d'écart à la norme comme la première manifestation de potentiels objets de recherche. Produire de l'inclusion sociale passe par un combat contre « (la) vulnérabilité, la fragilité, l'insécurité, le risque [qui] sont autant de mots qu'utilise la santé publique pour dire l'exclusion sociale » (Pelchat, Gagnon et

Thomassin, 2006 : 63). L'exclusion sociale, parce qu'elle se dit, raconte les limites que rencontre un dispositif biopolitique à pouvoir assurer l'intégration de tous. Ce qui dit l'exclusion dans le cadre de cette recherche c'est le diagnostic de T.D.A.H., cette parole qui nomme va organiser un champ de connaissances et donner une forme particulière à une intervention coordonnée permettant des soins pour le T.D.A.H.

La parole de la psychiatrie joue donc un rôle important dans le discours de la modernité. C'est sur elle que se fondent les espoirs de conquête par la raison d'un espace qui lui est hostile, la folie. Dans le cas du T.D.A.H., certaines particularités viennent compliquer cette narratologie. Wakefield (2010) défend l'idée qu'un changement dans les valeurs de la société a un effet sur les comportements qu'elle juge anormaux. Rétablir un « schéma narratif » à partir des récits liés aux personnes ayant des diagnostics et étant victimes d'une forme de marginalisation devient le moyen d'affecter l'univers sémantique qui a construit cette exclusion. Un peu comme le font Orsini et Scala autour du VIH. Encore mal connu au début des années 1980, laissait deux interprétations possibles pour la société face au malheur des personnes infectées : « [...] the innocent vs. the guilty victim scenario common in the early year of the AIDS epidemic, in which a distinction was made between guilty victims (gay males) and innocent ones (hemophiliacs) » (Orsini et Scala, 2006 : 119). Le schéma narratif ainsi rétabli participe à créer les motifs culturels visant à édifier un contexte favorable. Malheureusement, l'étiologie du trouble laisse planer des doutes quant à son existence objective et serait un obstacle majeur à la construction d'une trame narrative permettant de s'inscrire adéquatement dans le monde. Dans le contexte de l'acte de diagnostic psychiatrique, Aubert (2012) souligne aussi à quel point le positivisme duquel résultent les stratégies et les moyens d'action biopolitique mettent en danger l'intelligence critique des cliniciens.

Actuellement, le positivisme observable dans le champ clinique de la psychologie tend à réduire la complexité humaine à des variables sommaires, en concentrant son analyse sur le comportement. Cette concentration comportementale sert à écarter la psychologie de l'étude du psychisme – par essence impossible à transposer dans un réductionnisme expérimental – pour mieux normaliser son objet d'étude. (...) Les comportements forment ainsi une entité palpable, concrète, réifiée, c'est-à-dire rendue « positive », ce qui facilite leur

instrumentalisation scientifique et donc la classification en niveaux de risques (ibid : 57).

Ce réductionnisme est constaté et contesté par d'autres penseurs au Québec (St-Onge, 2013, 2015; Auclair, 2016) qui y voient une stratégie de l'industrie pour étendre son marché et son idéologie. La psychiatrie est une branche de la médecine qui a un statut particulier en ce qui a trait à la validation et à la légitimité de ces diagnostics qui reposent sur un jugement clinique autour duquel surviennent de nombreux désaccords (Rose, 2019). Comme le font remarquer les auteurs De Munck et al :

La liberté est en effet l'horizon de la psychiatrie moderne, son présupposé et sa visée la plus profonde, par laquelle elle participe tout entier au grand projet moderne; la pathologie est, en revanche, l'objet d'attention et la tâche particulière qui lui donnent une place spécifique dans la division du travail de l'émancipation. (2003 : 13)

Perron et Holmes (2010) critiquent les catégories que représentent les diagnostics comme étant porteuses d'exclusion et de responsabilisation d'individus traités. Les catégories de diagnostic du DSM sont particulièrement exposées à ce type de critique puisque leur constitution est le résultat d'assemblage s'appuyant la plupart du temps sur l'efficacité de la médication (Rosenberg, 2002; Orr, 2010). La recherche autour des diagnostics de psychiatrie opte pour des chemins plus « sûrs » en développant des outils de recherche afin de fournir à ces diagnostics vérification par de nouvelles technologies d'investigation (Wakefield, 2006, 2010; Lafortune, 2007; Zecca, 2001).

Dans un rare article de théorie politique portant sur le problème de T.D.A.H. chez les enfants, Cohen et Morley (2009) examinent les enjeux du trouble dans la reconnaissance de l'autonomie de l'enfant et de sa liberté. Le problème qui est le leur est celui de savoir comment envisager une intervention en santé mentale chez un individu qui représente un futur citoyen et qui n'a pas encore la même autonomie ni la même reconnaissance juridique qu'un adulte. D'autres auteurs se sont posé la question avec des adultes (De Munck et coll., 2003; Bernheim et Vézina, 2009; Bernheim, 2010), mais la réflexion de Cohen et Morley est intéressante pour nous parce qu'elle examine les implications du diagnostic sur des enfants. À cause de leur statut, les enfants ne sont pas encore autonomes et risquent d'être

dépossédés de toutes possibilités d'avoir une influence sur les processus dans lesquels ils vont effectuer leur parcours. Les auteurs entrevoyent un problème fondamental pour une théorie de la démocratie puisqu'à terme l'enfant pourrait être entièrement déterminé par les adultes autour de lui. L'enjeu est d'enfermer ces futurs citoyens dans une posture de dépendance complète envers ceux qui gèrent ces processus mettant en danger les possibilités que ce futur citoyen développe des formes d'autonomie essentielles à la reconnaissance de ses droits. Bernheim et Vézina (2009) souligne qu'un « ... état de santé considéré comme problématique, ou d'une situation sociale jugée dérangeante, découle une exclusion dont le corollaire est un statut citoyen illusoire » (14).

La question qui est la nôtre exige certaines précisions. Le pouvoir politique n'est jamais en relation directe avec l'enfant, il se trouve plutôt médié par les parents qui en sont les premiers responsables. Locke tentait déjà de montrer les similitudes entre la paternité et le gouvernement civil, tous deux ayant un devoir important envers les individus sous leur tutelle. Le père doit veiller sur sa progéniture tout comme l'État doit veiller sur la population, la nature de leur pouvoir est similaire à cause de la liberté qu'ils doivent préserver malgré la contrainte qu'ils exercent sur leur sujet. « (...) le pouvoir que les parents possèdent sur leurs enfants découle du devoir qui leur incombe de prendre soin de leur progéniture tant que dure l'état imparfait de l'enfance » (Locke, 1994 : 42). Chez cet auteur classique, la position de l'enfance est bien évidemment envisagée dans une perspective asymétrique où l'adulte doit déterminer ce qui est bon pour l'enfant. Pris dans les mailles de son pouvoir bienveillant, l'incapacité d'un enfant à développer son autonomie devient le motif pour que ces pouvoirs interviennent lorsqu'il le juge nécessaire. Les relations entre les différents pôles d'autorité que ce soit les relations avec les professeurs et toutes autres relations avec des adultes s'inscrivent dans une relation où le pouvoir s'exerce de manière unilatérale. « Former leur esprit et gouverner leurs actions tant qu'ils sont dans cet âge d'ignorance, jusqu'à ce que la raison prenne sa place et les délivre de ce soin, voilà ce dont les enfants ont besoin et à quoi les parents sont obligés » (idem). C'est dans ce devoir d'assistance envers l'enfant et dans l'espoir de se voir délivré de ce soin que se rencontre le pouvoir de l'État social et le pouvoir parental.

Cohen et Morley (2009) vont s'inscrire dans la perspective que l'auteur libéral a développée dans son traité, en tentant cependant d'intégrer quelques propositions importantes permettant d'assurer l'autonomisation des enfants. Les auteures soulignent la vulnérabilité de ces enfants différents qui vont voir leur capacité d'autodétermination mise en danger par le processus de diagnostic de TDAH.

The liberal theorist must take into account the importance of developing the ability for the individual child to participate in society as an autonomous agent. Much of this is well-rehearsed terrain. The development of a child's potential requires the ability to read, write, perform basic arithmetic operations, and understand basic civic procedures, as well as the capacity to develop a "sense of justice" and a "conception of the good" on the child's own terms (Cohen et Morley, 2009 : 172).

Pour assurer le développement de l'autonomie de l'enfant, les auteures s'appuient sur un ensemble d'apprentissages propres à développer le citoyen en devenir. Or ces lieux d'apprentissage ne se résument pas à la cellule familiale. Nous sommes d'accord avec elles sur le rôle fondamental que joue l'école dans ce processus d'émancipation et c'est pour cette raison que ce lieu sera au cœur de notre travail. Certains lieux vont servir de vecteur pour le pouvoir de l'État, et le pouvoir biopolitique, afin de pouvoir s'exercer sur l'espace pourtant privé de la famille. Rose (1985) montre comment la mise en place des hôpitaux en Angleterre joue ce rôle, mais plus près de notre question de recherche Turmel (2008) fait la démonstration éclatante de la manière dont la médecine structure l'école et la transforme en vecteur de pouvoir en direction des familles.

L'école est l'espace où se condensent les différentes visions des acteurs qui agissent pour préparer le futur de ces enfants. Cohen et Morley soulignent un élément important de ce processus.

In liberal democracies, as in most societies, children tend to be governed primarily as minors, indicating a belief that they are developing toward personhood rather than actual persons in the present. Decisions made for children by adults are therefore inflected with a future orientation, even if they are made *prima facie* with present concerns in mind (Morley et Cohen, 2009; 172).

Les auteures ont raison d'insister sur le fait que les décisions prises pour les enfants portent avec elles une vision du futur et qu'elles s'accompagnent d'une certaine vision du monde. C'est là où se dessinent les dangers de l'intervention sur l'enfant, comment s'assurer de développer la capacité de ces futurs citoyens à orienter leur vie comme ils l'entendent si, dès leur jeune âge, les adultes s'en chargent pour eux? C'est encore plus évident avec l'enfant différent qui n'arrive pas à s'inscrire dans son milieu dans le présent. Aujourd'hui, la dimension politique du cas particulier apparaît, selon les auteures, quand l'enfant risque de devenir un fardeau pour la société et ses parents. Rose va dans le même sens :

Today, while mongers of fear have retreated to shadows, different political problem has emerged. Psychiatric estimates of the current and the future prevalence of mental disorders and brain disorders are linked to questions of economic productivity in a knowledge economy, on the one hand, and concerns about economic burden of care for the afflicted, on the other hand » (Rose, 2019 : 17).

L'intervention auprès de ces enfants se fait donc au nom d'une anticipation des problèmes futurs liés à un parcours individuel à-venir. Rose (2007) parlait d'une « *biovalue* » qu'il s'agirait de maximiser en interférant directement dans les processus de production de la vie. Il souligne que le fardeau des problèmes de santé mentale demeure encore la raison principale justifiant l'intervention publique (Rose, 2019). Les dispositifs de soin doivent fournir des solutions pour que l'enfant développe une subjectivité capable de vivre ensemble, de contribuer à la construction du monde social, mais qu'il ne soit pas un fardeau.

Cohen et Morley soulignent aussi que le diagnostic de TDAH a des conséquences qui marquent le devenir identitaire de ces jeunes. C'est pourquoi Cohen et Morley y vont d'une mise en garde quant aux motifs qui motivent le processus.

If, for example, the child is diagnosed and medicinally treated with ADHD based symptoms which are inconvenient or annoying for parents or teachers, but the same child is not «impaired» in multiple ways (i.e., the child socializes well with peers, is learning and achieving good grades at school, etc.) and does not feel afflicted, it become apparent that both the physical body and the personality of the child, at least in the present tense, are assaulted and altered for the sake of interests that are potentially not her own but rather apply to the aesthetic, punitive, or authoritative judgment made by adults around them (Morley et Cohen, 2009 : 160).

La mise en garde est claire et la proposition est d'assurer que les intérêts des enfants soient toujours protégés dans ce genre de processus. Il faut pour les enfants que

... their wishes and explanations for behaviors be heard and considered (...) we propose here that regardless of whether one wishes to pursue a liberal, a communitarian or some other view of the good society, the maximization of the potential for each individual is a laudable goal (Ibid : 175).

L'idée de redonner la parole aux victimes des processus de diagnostic n'est pas sans intérêt. Comme nous venons de le constater, la performativité de la parole de la santé publique place les enfants T.D.A.H. dans une situation où les possibilités de se trouver dans un contexte où leur identité est reconnue ne vont pas de soi. Aussi louable que soit l'entreprise de valorisation individuelle, dans un contexte où la performativité est le fondement des régimes de vérité desquels dépend l'identité T.D.A.H., cette dernière demeure une entreprise contestée, le contexte social où s'inscrit le T.D.A.H. demeure conflictuel. Nous sommes plutôt de l'avis de Gagnon (2007) qui affirme que la maladie mentale dérange autant qu'avant et que les dispositifs biopolitiques, responsable de la maximisation du potentiel de l'individu, fonctionnent à l'exclusion qui est le mode par lequel se traite la folie. La maximisation du potentiel de ces enfants dépend donc d'une mise en contexte fragile où la parole qui donne un sens au diagnostic qui est le leur est contestée. Comme le montre cette partie de parcours dans la littérature, la question de l'autonomie de l'enfant T.D.A.H., qui est au cœur du projet d'intégration sociale dont dépend la société moderne, n'est pas chose faite. Comme l'a brillamment montré Butler (2004) à propos du genre, la performativité et l'identité sont deux phénomènes politiques qui, dans le cadre de notre thèse, pourront être examinés à la lumière de l'exposé que nous ferons des discours qui les rendent possibles.

L'administration publique, ses instruments et notre possible contribution

Si l'histoire qu'écrit la santé publique passe par la rhétorique pour Fassin, l'histoire de l'intervention sociale visant à soutenir la différence donne un sens particulier à ce qu'une

société peut dire d'elle-même. L'histoire des instruments à sa disposition a un intérêt évident pour la discipline de l'administration publique, puisqu'elle permet de comprendre les conditions à partir desquels l'État peut choisir de faire ses politiques publiques. Les acteurs à l'intérieur de l'administration publique et les instruments dont ils sont des acteurs significatifs dans le problème que nous allons étudier. Le champ de l'administration publique pourrait ainsi bénéficier de la thèse pour penser les conditions qui déterminent les choix du gouvernement en matière d'intégration sociale. Comme le souligne Oliver : « A final challenge in policy implementation lies in coordinating the different tasks, organizational cultures, and varying degrees of resources when multiple agencies have responsibility for a given public health issue » (Oliver, 2006 : 223). La thèse, bien qu'elle ne soit pas une thèse en politique publique, pourra être utile pour les chercheurs de cette discipline, de manière à montrer comment ces différentes cultures organisationnelles vont structurer le champ de l'intervention biopolitique. D'autant que, comme le souligne l'auteur, dans le contexte de politique publique dans le champ de la santé, le plus souvent cette coordination se résout autour d'un accord sur les moyens. Cela est particulièrement vrai dans le cadre de notre question de recherche où la médication semble être le facteur de coordination.

C'est pour cette raison que nous allons adopter une perspective similaire à celle des travaux de Rose qui sont un exemple d'une sociologie des sciences de la santé mentale (psychologie, psychiatrie, et toutes les sciences qui portent le suffixe « neuro »). Sa perspective de sociologue des sciences apparente ses travaux à ceux de Bruno Latour (2004, 2005) qui donne aux objets une place importante dans la constitution d'un collectif. Chez Latour, les objets, et non pas la « société », forment l'objet de la sociologie. Ici, le recoupement avec le travail de Lascoumes et Le Galès (2004) et leur perspective des politiques publiques saisies à partir des *instruments* de l'État est clair. Dans le contexte québécois, André Turmel (2008, 2013) a une perspective similaire à la nôtre avec une remarquable sociologie des instruments permettant de montrer l'avènement de la catégorie sociologique de l'enfant qui se produit à travers les interactions entre acteurs et objets du réseau. L'importance de ces auteurs doit être soulignée en spécifiant que nous partageons avec le parti pris pour les choses, où les processus de délibération, notamment ceux qui doivent mener à une

politique publique, doivent nécessairement tenir compte des interactions entre des choses et des humains.

Nous voulons cependant marquer une distance avec d'autres chercheurs qui travaillent à proposer de meilleurs moyens de gestion des politiques publiques. L'enjeu de la thèse n'est pas de proposer des solutions à la manière dont l'État gère le T.D.A.H., si en cours de chemin certaines évidences apparaissaient, il serait normal de formuler des recommandations, mais là n'est pas notre priorité. La tendance de ce genre de travaux est importante, notamment en ce qui concerne des propositions d'ordre économique. Marc-André Gagnon (2015 et 2016) a beaucoup travaillé sur la question de la couverture financière des médicaments et bien que ce travail soit essentiel, il n'est pas du même registre que cette thèse. Les données d'ordre budgétaire comme le prix et la couverture des médicaments peuvent s'avérer utiles afin de déterminer les conditions d'accès à la médication, l'organisation bureaucratique qu'elles impliquent et les manières d'améliorer leur gestion. On peut situer de nombreuses recherches qui poursuivent ces objectifs notamment des recherches commandées pour les ministères eux-mêmes. Ainsi, la Direction de l'adaptation scolaire a publié quelques documents afin d'évaluer les besoins en service d'adaptation et de manière à encadrer les pratiques (Direction adaptation scolaire; 2002, 2003, 2015). De même, une série de documents permettant d'explorer certaines questions en lien avec le T.D.A.H., des plans d'action, des lignes directrices, a aussi été publiée par le ministère de l'Éducation du Québec (1997, 2000a, 2000 b, 2004, 2006, 2008, 2011). Ces recherches ont leur importance pour informer le processus décisionnel et la délibération qui l'entoure. La thèse cherche à montrer les conditions de possibilité de ces délibérations, exposer les règles qui permettent de regrouper ces parties prenantes, le but n'est pas tellement d'améliorer les processus, mais d'exposer comment ils fonctionnent. La recherche à venir pourra s'appuyer sur cette démonstration pour proposer des améliorations aux politiques publiques.

Une analyse de la RAMQ dans le champ de l'administration publique est particulièrement intéressante pour montrer comment notre utilisation de la méthode foucaldienne diffère de celle de Christian Boudreau (2012). Ce dernier présente une analyse de l'organisation de la

RAMQ par comme d'un dispositif de management et de surveillance de l'État québécois pour montrer les effets de pouvoir qu'entraîne la collecte de l'information liée à l'administration de la Régie. Bref il affirme inscrire son analyse dans un cadre biopolitique. Il souhaite penser les acteurs impliqués dans cette administration comme des « autosurveillants compétents » et montrer la multiplication des foyers de surveillance où le biopouvoir oscille entre maîtrise et renversement. La finalité d'un pouvoir lié à la collecte d'informations comme la RAMQ est un contrôle de l'action, une amélioration des pratiques. La *surveillance* est une activité de collecte d'informations possible grâce à des instruments bureaucratiques et administratifs. Il s'agit du principal pouvoir des organisations modernes selon l'auteur, un biopouvoir qui « ... renvoie à un système de domination où tout le monde est surveillé, aussi bien celui sur lequel s'exerce ce pouvoir que celui qui l'exerce » (ibid : 301). C'est ainsi que l'auteur se rapproche partiellement de Foucault et d'une perspective biopolitique en plaçant au centre de sa réflexion sur le management de la « puissance informante » des données générées par les instruments administratifs veillant à la gestion des pratiques d'actes médicaux et de services pharmacologiques dont dispose l'État québécois. Il s'agit d'un secteur de dépense important et qui doit être surveillé pour plusieurs raisons.¹⁷

Or Boudreau expose plutôt comment l'effet de la collecte d'informations permet d'armer un dispositif réflexif qui permettrait de dépasser le cul-de-sac d'une domination unilatérale pour permettre des réappropriations propres à servir le processus de rationalisation qui marque l'évolution des instruments de l'État. Il rappelle que l'information produite dans l'administration des médicaments a des effets sur les pratiques gouvernementales qui permettent d'évaluer ses propres pratiques ainsi que ceux qui les administrent. « On peut aussi avoir de l'information statistique sur les prescripteurs et détecter s'il y a des écarts et s'il y en a de pouvoir investiguer. Déjà à la RAMQ dans le rapport annuel de 1978 -1979 » (ibid : 308). Les présupposés de l'auteur en faveur d'une vision positive (voire positiviste) de l'action du pouvoir sur le sujet l'empêche de demeurer critique vis-à-vis de la tendance

¹⁷ L'une d'elle est la productivité, selon William Baumol. Certaines professions libérales comme les musiciens, les médecins et les professeurs, ces derniers sont particulièrement bien disposés pour s'appuyer sur une bureaucratie hermétique qui ne produit pas de gain de productivité et ne permet pas la surveillance.

inélucltable à l'approfondissement de pouvoir de la surveillance. C'est ce qui l'amène à élaborer un scénario optimiste pour les instruments de surveillance en matière de santé. L'analyse de l'un de ces instruments mis en place par des pharmaciens pour avoir accès à de l'information sur un individu lui permet de constater les possibilités d'une évolution positive des instruments d'action publique qui favoriserait un meilleur accès à l'information et un meilleur fonctionnement du biopouvoir. Les données générées par la RAMQ :

(...) pourraient éventuellement alimenter un dossier clinique informatisé auquel accéderaient les professionnels de la santé autorisés afin d'exercer une surveillance plus étroite sur l'état de santé des individus. Autrement dit, la même donnée peut servir différentes finalités de gestion, comme payer les professionnels de la santé, vérifier l'admissibilité des assurés et fixer leur contribution financière, évaluer et planifier des programmes de santé, détecter des conduites déviantes et soigner des patients (Ibid : 317).

Il conclut par le constat de l'impossibilité de se soustraire à la surveillance et en rappelle les bons côtés. Dans le contexte de notre question de recherche, l'enfant souffrant de T.D.A.H. s'éloigne de l'optimisme de Boudreau puisque ces enfants ont souvent tendance à s'opposer au pouvoir auquel ils ne peuvent pas grand-chose et qu'ils ne peuvent certainement pas détourner à leur avantage. Le travail demeure intéressant, mais il s'inscrit dans un programme, celui de réfléchir à l'amélioration des pratiques de l'État. De notre côté, nous allons rester fidèles à la méthode foucauldienne et, plutôt que de sortir ses concepts (biopolitique, dispositif, etc.) du contexte épistémologique qui les ont vus naître, nous allons exposer la manière dont le champ de la biopolitique offre une grille de lecture sur une réalité ouverte et changeante qui ne laisse pas de place à «... une continuité intentionnelle du vécu » (Foucault, 2001 : 722). C'est pour cette raison que le travail de démonstration contenu dans la thèse sert de base à une réflexion sur les conditions de possibilité de la reproduction sociale à différents moments dans l'histoire du Québec.

La question de recherche à la lumière de la revue de littérature

Nous avons marqué notre filiation au travail de Foucault et nous entendons proposer une recherche qui s'appuiera sur sa méthode pour déterminer l'ordre discursif dont dépend le

T.D.A.H. en tant qu'il est une marque de différence pouvant compromettre la reproduction sociale. Le dispositif biopolitique s'arme d'un mécanisme *discursif* qui permet de stabiliser les savoirs, de déplacer et d'étendre les moyens d'intervention dès lors qu'il rencontre ses limites et dont le pouvoir dépend largement de la réappropriation qui opère chez les récepteurs de ces discours. Dans un premier temps, notre revue de littérature a porté principalement sur le concept de biopolitique. Nous avons d'emblée constaté que ce dernier était le plus à même de nous permettre d'examiner les conditions du *pouvoir sur la vie* qui avait soulevé chez nous un intérêt de recherche.

Ainsi, le premier, Foucault nous a semblé pertinent pour montrer comment le savoir sur la population allait participer à définir le mode par lequel le pouvoir politique va s'exercer. L'hypothèse de la leçon inaugurale de Foucault au Collège de France est que dans toutes sociétés « (...) la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer le pouvoir et les dangers, d'en maîtriser l'évènement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité » (Foucault, 1970 : 10). L'ordre du discours, la manière dont le contrôle de la production du discours s'effectue apparaît ainsi comme un système de savoirs qui rend possible une action sur la société. Il s'agit pour Foucault de l'aboutissement de nouvelles formes de volonté de vérité appuyée sur un support institutionnel qui tend à exercer sur les autres discours une forme de contrainte. Cette volonté de vérité est politique puisqu'elle tend à s'appuyer sur l'exclusion d'une parole fausse ou d'en fixer les paramètres d'énonciation. Elle est politique pour une autre raison, cette volonté de vérité ne procède pas seulement par l'exclusion, mais aussi bien par la hiérarchisation des formes de discours permettant des décalages entre eux dans la consolidation de l'ordre discursif : « (...) l'analyse du discours ainsi entendue ne dévoile pas l'universalité d'un sens, elle met au jour le jeu de la rareté imposée, avec un pouvoir fondamental d'affirmation » (ibid : 72).

Le lecteur se souviendra que le diagnostic, en tant qu'acte langagier, manifeste ce pouvoir sur la vie et permet de circonscrire le champ de la biopolitique. Pour ce faire, nous allons procéder à une généalogie de la construction dans cet espace des différents régimes d'énonciation qui vont rendre *visible* et *dicible* le problème qui se résume aujourd'hui dans

le diagnostic de T.D.A.H. Tout indique que cet espace est celui de l'école, d'abord parce qu'il permet de réunir une population infantile suffisamment importante pour que sa gestion arrive à mettre en évidence certaines formes de différence de nature statistique entre les enfants et ensuite parce qu'il devient le lieu de stratégie d'intervention sur la population. La fonction de l'école dans l'histoire des sociétés modernes fait aussi de cet espace un lieu significatif pour réfléchir aux conséquences des aménagements qui y prennent forme et sur les modes par lesquels se produit le vivre-ensemble. Ce diagnostic particulier, parce qu'il met en relation des savoirs sur la vie psychique des enfants, permet de donner forme à des interventions sur la différence de certains qui va déboucher sur une forme de travail social essentielle au vivre ensemble et à la reproduction sociale dans une société moderne. Il faudra déterminer la place de cet espace dans la relation entre le pouvoir politique, le monde économique et les différents champs de savoirs qui vont y graviter et y faire pénétrer le pouvoir sur la vie.

Le contexte biopolitique de l'école est la structure générique des discours qui y naissent. Nous allons suivre le problème particulier que constitue l'enfant différent dans l'espace scolaire pour exposer la manière dont la biopolitique va trouver une forme de consistance à travers un agencement momentané des savoirs de différents champs pour lui permettre d'agir. Nous allons exposer la manière dont le problème de cette différence sert de moteur pour différents champs de savoirs qui vont évidemment varier selon le contexte historique et selon la manière dont ils vont stabiliser leur coexistence. En montrant que le discours sur la différence est en relation avec d'autres discours, celui de la pédagogie, de la médecine, de la religion ou de la psychologie, nous allons montrer comment il arrive à une forme d'autonomie propre à ce que Foucault nomme une *formation discursive* (Foucault, 1969). La condition méthodologique de cette autonomie doit être de « définir l'ensemble des relations qui la définissent et la situent parmi les autres types de discours (...) et le contexte non discursif où elle fonctionne » (Foucault, 2001 : 704).

Pour tracer ces discontinuités historiques, Foucault (idem : 705-706) propose quelques règles qui vont guider notre analyse. D'abord, décrire les transformations à l'intérieur d'une formation discursive afin de détecter les changements qui affectent ses objets, ses

opérations, ses options théoriques. Ensuite, décrire les changements qui affectent la formation discursive elle-même, par exemple en décrivant les déplacements des lignes qui définissent le champ des objets, les nouvelles fonctions du sujet parlant dans le discours, les nouvelles formes de localisation et de circulation du discours dans la société, etc. Enfin, ceux qui affectent plusieurs formations discursives et qui en modifient la hiérarchie. C'est ainsi que nous pourrions exposer la manière dont l'école sert de matrice à ces agencements qui vont connaître, comme nous le verrons, plusieurs changements à travers l'histoire jusqu'au dispositif biopolitique du T.D.A.H. Pour reprendre les mots de Foucault, ce récit sera une « analyse descriptive des différentes transformations effectuées » (2001 : 707).

Jusqu'à maintenant, nous avons constaté que la biopolitique doit s'appuyer sur les instruments de l'État, les investir pour arriver à intervenir sur des situations où le pouvoir politique est en jeu. La manière dont ces instruments arrivent à gérer la différence qui leur échappe nous semble être une façon efficace de montrer comment les savoirs nécessaires à la reproduction sociale se succèdent. Le discours sur le T.D.A.H. dépend des conditions historiques qui ont fait en sorte de constituer les enfants en tant que population distincte. Ainsi, cette différence changera de forme dépendamment des savoirs qui sont en jeu et des conditions historiques. Nous posons l'hypothèse que cet espace est déterminé en dernière instance par une rationalité économique qui place le pouvoir politique dans une position où il doit intervenir de manière à maximiser sa puissance selon les impératifs économiques qui sont les siens. En tant que champ de relation ouvert où cohabitent le discours économique (celui du Capital), le discours politique (celui de l'État libéral) et les discours biopolitiques, cette relation entre ces formations discursives met en danger la différence. En ce sens, c'est au niveau de l'*épistémè*, où se joue cette triangulation, que se situe une forme de récurrence qui a des conséquences sur l'ordre du discours.

Pourtant, et c'est ce que nous souhaitons mettre en évidence, cette hégémonie est toujours en jeu et menacée par les savoirs qui se développent et qui ouvrent de nouvelles manières d'agir sur la différence. La dissémination du savoir dans les sphères intimes de la vie déplace avec elle l'action politique, elle permet de structurer de manière large, à l'échelle de la population, des pratiques dépendant de certains régimes de savoir largement distribués

et donnant une couleur particulière aux sociétés. Pour nous, il y a quelque chose dans la reproduction sociale d'une société, une exigence à la fois pragmatique, mais aussi morale d'assurer la suite du monde qui fonde une forme d'éthique biopolitique qui résistent aux forces qui s'attaquent au fait de faire société. Le discours sur le T.D.A.H. parce qu'il dépend d'un dispositif biopolitique qui structure l'intervention sur une forme de différence qui va situer les enjeux de reproduction sociale et nous permette de montrer comment se construit l'hégémonie qui constitue l'ordre du discours et qui lui assure sa performativité. Comme ce discours est toujours objet de réappropriations, il nous permettra d'appuyer notre réflexion sur le caractère critique que conserve le souci de la vie sur des pratiques sociales.

L'analyse du discours est donc un moyen de montrer les effets de contrainte de ce pouvoir et de remonter jusqu'à ce qui maintient une forme d'équilibre des savoirs permettant de stabiliser une parole performative. L'objectif de la thèse est d'arriver à examiner comment un acte de diagnostic arrive à articuler cette parole visant à intervenir sur la différence de manière à assurer la reproduction sociale. Dans le cas du discours sur le T.D.A.H., il nous paraît essentiel de situer cette parole dans l'espace qui la rend possible. Il faudra dans un premier temps examiner son contexte d'énonciation et les conditions de signification d'un tel discours. Nous allons procéder à la généalogie de cette volonté de vérité qui s'est aujourd'hui transformée en discours sur le T.D.A.H. afin d'exposer un mécanisme historique, le dispositif biopolitique, qui résulte de cette sélection des savoirs rendue nécessaire par la marque de ces individus, leur diagnostic. C'est parce qu'ils mettent en jeu des mécanismes d'exclusion qui permettent à la raison de se séparer de la folie que ces individus sont intéressants et ils vont nous permettre de réfléchir aux conditions de possibilité de la reproduction sociale ou, en d'autres mots, à cette volonté de vérité qui cherche à saisir la différence de manière à pouvoir l'intégrer dans l'ordre du discours.

La première partie du travail vise à montrer les conditions de véridiction qui permettent au discours sur la différence de se former. Ces conditions dépendent dans un premier temps de l'espace où ce discours s'enracine, l'école. Nous allons donc examiner les conditions historique et philosophique de l'apparition de l'instruction obligatoire dans les sociétés

modernes. En nous appuyant sur Marx, nous allons mettre en avant un récit critique de la mise en place de l'école dans un contexte économique et politique de libéralisme anglais. Ce récit ne vise pas une forme de réconciliation avec le marxisme traditionnel ou avec une perspective historique que l'on pourrait qualifier d'hégélienne. La mise en récit de la place de l'instruction obligatoire va permettre d'établir une forme de syntaxe spatiale, pour reprendre l'expression de De Certeau (1991 : 205), qui va organiser la rencontre de différents savoirs participants aux discours sur la différence. Les conditions de mise en place de l'instruction obligatoire vont être le résultat d'un agencement entre la volonté politique d'éduquer et la volonté économique de pouvoir compter sur la force de travail des enfants. Dans cette section nous allons nous interroger sur la manière dont l'espace scolaire arrive à exister, par quel compromis il arrive à trouver une signification pour les pouvoirs en présence (politique, économique, religieux) et d'ainsi déterminer les conditions d'énonciation d'un discours qui prend racine en ce lieu. C'est ce que Fairclough (2003) entend quand il fait des structures génériques un élément essentiel à l'analyse de l'activité discursive.

Évidemment, ce travail doit prendre la forme d'un travail historique permettant de montrer les points de rupture de cet équilibre qui sont en fait le point de départ vers de nouvelles formes de savoirs stabilisées permettant la coexistence des savoirs. L'objet de cette analyse sera de montrer comment différentes formes de savoirs arrivent à formuler une compréhension commune de la différence de manière à déterminer les conditions de formulations de cette dernière et, par extension, les stratégies légitimes pour intervenir. Ce travail historique va mener aux conditions de possibilité du dispositif biopolitique et servira donc à décrire la manière par laquelle se disperse le savoir et comment il arrive à étendre les conditions de possibilité de sa performativité. C'est, pour reprendre les mots de Marc Angenot (1994), une manière de montrer comment le problème de la différence dans le contexte scolaire est marqué par une forme « d'entropie herméneutique » que produit la biopolitique qui permet au chercheur de « reconstituer des règles générales du dicible et du scriptible, une topique, une gnoséologie, déterminant avec ensemble l'acceptable discursif d'une époque » (Angenot, 1989 : 20). La première partie de notre travail sera donc de

montrer ces discontinuités entre les époques en montrant les différentes formes de cette entropie herméneutique qui arrive à saisir la différence de l'enfant scolarisé.

Dans un second temps, il s'agira de décrire le régime de consolidation du T.D.A.H. entre les années 1990 et 2015. Il s'agit de la forme la plus contemporaine du discours sur la différence et nous analyserons le tout comme s'il s'agissait d'une formation discursive. Trois éléments retiendront notre attention dans cette seconde partie de l'analyse. D'abord, la description du contexte institutionnel qui va mener à ce que nous appellerons une politique de la signification. L'expression est empruntée à Stuart Hall qui l'emploie alors qu'il tente de repenser l'utilisation du concept d'idéologie à l'intérieur des *medias studies*. Il affirme ainsi que :

Ce qui apparaît avec force ici c'est que le pouvoir de signifier n'est pas une force neutre dans la société. Les significations jouent le rôle d'une force sociale réelle et positive dans les questions controversées et conflictuelles de société, et elles affectent leurs résultats. (...) Ils dépendent de l'équilibre des forces dans une conjoncture historique donnée : la « politique de la signification » (Hall, 2008 : 146).

Ce que nous montrerons c'est le rôle moteur que l'État québécois va jouer pour reconfigurer cet équilibre des forces à l'intérieur du discours sur le T.D.A.H. L'État va s'appuyer sur la performativité du dispositif pour produire de la signification. Le différend, où l'on remet en question le trouble et le moyen pour le traiter, devient le lieu où l'efficacité performative du dispositif biopolitique va déterminer l'action de l'État québécois. L'État va ainsi jouer un rôle décisif en « ... se rendant maître de la "réalité" (...). En renforçant celle-ci, on renforce la réalité, donc les chances d'être juste et d'avoir raison » (Lyotard, 1979 : 76). Il va assumer un leadership dans la coordination des acteurs et dans la circulation des savoirs, non pas pour assumer le rôle de Signifiant ou pour corroborer le savoir légitime de la science, mais bien pour préserver l'efficacité du système. Lyotard explique bien les motifs de cette entreprise de diffusion de l'information que l'on peut étendre à la description que nous allons proposer de cette politique de la signification.

Au lieu d'être diffusées en vertu de leur valeur « formatrice » ou de leur importance politique (administrative, diplomatique, militaire). [...] Les connaissances [sont] mises en circulation selon les mêmes réseaux que la monnaie, et que le clivage pertinent à leur égard cesse

d'être savoir/ignorance pour devenir comme pour la monnaie « connaissance de paiement/connaissance d'investissement » c'est-à-dire : connaissances échangées dans le cadre de l'entretien de la vie quotidienne (reconstitution de la force de travail) *versus* crédits de connaissance en vue d'optimiser les performances du système (Lyotard, 1979 : 17).

C'est ainsi que le rôle discursif de l'État québécois dans le dispositif biopolitique est de venir appuyer le savoir scientifique incapable de s'imposer de lui-même, à la fois dans les services publics et dans le discours social, de manière à « optimiser les performances du système ». En clair, la politique de la signification, grâce à l'initiative de l'État, assure la légitimation du diagnostic et de son traitement.

Le deuxième élément de la consolidation de la biopolitique sera exposé à partir d'une analyse de données comptables provenant de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec. Deux éléments cruciaux vont ressortir de la mise en récit que nous allons faire de ces données. D'abord, nous allons analyser les points de dispersion et l'histoire de ces actes de diagnostic qui entourent le T.D.A.H.. Chacun de ces points est un vecteur du savoir nécessaire à la légitimation du trouble, ils sont le fait des acteurs autorisés à nommer ce mal et à donner un sens à la réalité de ces enfants. Après avoir vu l'étendue de ce *savoir en acte*, nous allons montrer l'étendue des moyens qu'il mobilise pour favoriser l'insertion sociale de ces enfants. Ces données sont autant de points où se confirme le savoir et qui légitiment le trouble. Ces données, mises en récit, exposent la réalité performative du discours biopolitique.

Enfin, le troisième élément de ce dispositif va analyser la réception du discours sur le T.D.A.H. que la pratique sociale qui en découle soit reconnue et acceptée. Cette partie de l'analyse reprend les prémices de l'analyse bourdieusienne qui pose l'hypothèse que le langage d'autorité ne gouverne jamais sans l'accord de ceux qu'ils gouvernent (Bourdieu, 2001). Elle va s'appuyer sur un corpus spécifique constitué en idéal-type de témoignages de parents. Dans un premier temps nous montrerons comment ces groupes de parents se mobilisent dans une forme de sodalité propre à leur faire jouer un rôle politique important. Le concept de sodalité est emprunté à Angenot et traduit une forme de communauté de

pensée, nous y reviendrons. Dans ces témoignages, nous restituerons ce qui se transmet du discours scientifique à celui des parents de manière à montrer comment ceux-ci s'en emparent et le reformulent de manière à fonder un espace propre à l'expression de leur identité commune. Nous examinerons si ces prises de parole dépassent l'état des vecteurs des cadres normatifs dominants et s'ils offrent une opportunité réelle de réappropriation qui pourrait fonder une forme de détournement de l'ordre du discours.

À partir de cette triangulation des sources du discours biopolitique nous pensons que l'archive que nous allons reconstituer va permettre une analyse des idées et des discours et d'exposer les conditions de performativité d'un dispositif biopolitique. C'est à la lumière de cet ordre du discours que nous pourrions réfléchir aux conditions discursives dans lesquelles l'intégration sociale des enfants différents se produit au Québec durant la période étudiée.

La démarche respecte ainsi ce qu'Angenot suggérait à titre d'éthos de l'historien des idées :

Étudier les idées et les discours sociaux, c'est, en ayant décrit la « structure » et les permanences, chercher à identifier et décrire dans leur moment historique, les compétences (actives) et les goûts (réceptifs) face à ces idées et ces discours. On ne peut dissocier ce qui est dit, la *façon* dont c'est dit, les *lieux* d'où cela est diffusé, les *fins* que cela sert, les *publics* à quoi cela s'adresse, les sortes de *croyances* qui s'investissent et leur intensité — s'il est permis, je le répète, et souvent utile à titre heuristique de scotomiser, à une étape de la problématisation, le terrain à l'implantation des idées, de leur diffusion et des avatars de leur transmission pour reconstituer les constantes immanentes du système, en sonder la logique interne et les marges de variation (Angenot, 2014 : 318).

Ainsi, les différents chapitres de la thèse vont s'organiser comme suit. La première partie de la thèse porte sur les structures de signification de la différence et va compter deux chapitres. Le deuxième chapitre va examiner comment va s'inscrire le concept de biopolitique dans le contexte politique qui est le sien, le libéralisme d'abord anglais puis québécois. Nous voulons cartographier la manière dont la dispersion de pouvoir partage les différents champs de véridiction qui donne une consistance au problème de la différence à l'école. Cette section est importante pour montrer comment la biopolitique engage les

différents pouvoirs et la manière dont cet engagement limite leurs actions. Ce travail d'historicisation du problème biopolitique va nous permettre de poser les bases de notre généalogie de la biopolitique au Québec

Le troisième chapitre constitue notre récit biopolitique de l'insertion de l'enfant différent à l'école à travers la généalogie des formes qu'elle a prises au Québec. Ce chapitre montrera certaines discontinuités qui vont ponctuer l'histoire des régimes de gouvernementalité et donc du dispositif biopolitique. L'école en tant que lieu de convergence de certains savoirs — la pédagogie, de la psychologie, de la psychiatrie, de la médecine, etc., — permet d'analyser comment se rencontrent et se renforcent ces champs. À la fin de ce chapitre, nous pourrions constater la part active que va jouer l'État québécois dans la politique de la signification et qu'il constitue le premier pôle de pouvoir biopolitique.

Le quatrième chapitre quant à lui permettra l'analyse de l'action des médecins et des pharmaciens dans l'administration du dispositif de diagnostic de T.D.A.H. Ce dispositif d'abord médical est le deuxième pôle du pouvoir biopolitique. Nous analyserons les données portant sur la facturation des actes médicaux et des services pharmaceutiques à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) entre 1997 et 2015. Cette trace du dispositif de soin est autant de points de dispersions d'une forme singulière et unique de gouvernementalité dans l'histoire du Québec. Ce portrait démontrera la performativité d'objets liés au diagnostic de T.D.A.H. (médication, grille d'évaluation, etc.) et à leur importance discursive. La géographie de cette intervention permettra de témoigner de son caractère mouvant et exalté.

Le cinquième chapitre analysera les luttes culturelles qui naissent de cette exaltation. Nous exposerons la manière dont des parents d'enfant T.D.A.H. vont devenir des vecteurs importants pour la croissance et la stabilisation d'un certain mode de gestion de la différence. Grâce à l'analyse des contextes d'énonciation dans lesquels se produisent les témoignages de ces parents, nous examinerons les stratégies dont ces parents font preuve en se regroupant grâce à certains motifs et en soutenant certains discours et ainsi devenir des acteurs importants dans la légitimation d'une biopolitique reposant sur l'insertion

psycho-pharmaceutique de leur enfant. Nous montrerons comment cette prise de position sera en même temps ponctuée de discours tentant d'échapper à l'ordre du discours.

Le sixième chapitre marquera le retour à la pensée politique, une pensée ancrée dans l'approche matérialiste qui nous mène à ce dernier chapitre et qui en délimitera le champ réflexif. En prenant appui sur les mêmes hypothèses qui vont structurer le dispositif de T.D.A.H. décrit plus tôt, nous proposerons de renverser le sens du *déficit d'attention* pour lui donner une portée politique radicale et selon nous porteuse. Cette réflexion théorique permet de restituer la valeur aux relations humaines porteuses d'égalité et d'humanité et qui doivent être comprises comme le prolongement d'un travail social de soin.

Chapitre 2 : Le contexte scolaire et la naissance du libéralisme : la convergence biopolitique

L'histoire des organes productifs de l'homme social, base matérielle de toute organisation sociale, ne serait-elle pas digne de semblable recherche?

Marx, 1985 : 417.

De fait, l'Église a été remplacée aujourd'hui par l'École dans son rôle d'Appareil idéologique d'État dominant. Elle s'est couplée avec la famille (...) jouant un rôle déterminant dans la reproduction des rapports de production d'un mode de production capitaliste.

Althusser, 1970 : 16.

Avant de nous lancer dans l'analyse du pouvoir du dispositif de T.D.A.H. il paraît utile d'exposer comment la biopolitique permet de constituer le cadre dans lequel opère ce genre de mécanisme de véridiction et dont il faut tenir compte pour bien poser les enjeux qui accompagnent tout dispositif biopolitique. Le présent chapitre entend montrer comment le problème de l'instruction obligatoire se formule dans un contexte historique précis qui détermine la constitution de l'État libéral. Il s'agit de mettre en évidence les limites et les possibilités inhérentes à ce type d'État de manière à exposer les contraintes qui l'accompagnent afin de rendre évidente d'une part la « multipolarité » du pouvoir biopolitique et, d'autre part, de mesurer les impératifs qui mènent à l'équilibre de ces pôles. Ainsi, dans un premier temps, nous allons montrer comment la question de l'éducation s'inscrit dans la pensée économique et politique libérale d'Adam Smith. La posture de Smith est pour nous la manière d'établir les bases de la rationalité économique naissante encore portée par une sorte de « lune de miel » intellectuel où le projet d'éducation de l'humanité peut se déployer dans une vision romantique de l'avenir des sociétés. L'économie politique libérale arrive à montrer le dilemme entre d'une part la rationalité économique et d'autre part le projet d'émancipation moderne que nous allons relever dans quelques passages de *La richesse des nations*. Ce dilemme marque une tension constitutive qu'exposera la généalogie de la biopolitique au Québec que nous décrirons dans le prochain chapitre.

Pour rompre le fantasme ainsi posé, le présent chapitre vise à exposer les fondements matériels de la mise en place de mesure visant à étendre l'éducation de manière obligatoire. Le constat que nous tirerons des motifs de cet effort gouvernemental permettant de réaliser concrètement comment ce projet général d'émancipation par l'éducation est une activité qu'il faut doser et qui se trouve largement déterminé par le processus économique. C'est pour se prémunir des effets délétères de l'organisation du travail que le politique intervient pour instituer les premières règles d'institutionnalisation de ce service public. Il s'agit en quelque sorte d'établir les paramètres fondamentaux dans lesquels opère le calcul politique quand vient le temps d'intervenir pour soutenir sa population dans ce cas à travers l'élargissement de l'accès à l'école. Nous examinerons comment les premières lois sur l'instruction obligatoire vont se mettre en place et de quels compromis elles dépendront. Au terme de cette démonstration, nous serons en mesure de bien saisir l'intrication des différents mécanismes de sécurité qui veillent à la gestion des populations infantiles dans le régime capitaliste ainsi que la manière par laquelle la rationalité de l'État déborde ses simples fonctions régaliennes pour s'investir dans le devenir social. C'est pour nous ce qui va déterminer le développement de l'institution scolaire québécoise et qui structure le dispositif biopolitique dans une forme de matérialité que nous décrirons dans les 4^e et 5^e chapitres.

Avant de terminer ce chapitre, encore une fois en retournant à des thèmes proprement foucaaldiens, nous examinerons comment cette raison d'État s'élargit par l'émergence de différents champs de savoirs qui s'ajoutent à la rationalité gouvernementale et qui entend répondre au problème que pose la gestion *en masse* des enfants. Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur les travaux de nature sociologique d'André Turmel qui examinent la manière dont les instruments à disposition des acteurs sociaux ont permis d'instituer cette catégorie sociale importante qu'est l'enfance. Ses recherches sur les enfants différents au Québec, s'avèrent être incontournables pour exposer le problème que nous tentons de cerner. De fait, l'État libéral va cesser de « laisser-faire » pour reprendre la formule consacrée à partir du moment où l'école obligatoire va servir de moyen pour résoudre des problèmes qui touchent en tout premier lieu la raison d'État. À terme, ce deuxième chapitre devrait nous permettre de circonscrire la manière dont la question de l'instruction

obligatoire se pose pour l'État libéral pour bien comprendre les paramètres à partir desquels vont opérer les mécanismes de sécurité qui seront la base de la biopolitique à décrire.

La mission éducative de l'État libéral : entre espoir et nécessité

C'est au moment de la naissance de l'économie politique classique que les questions quant au partage des responsabilités politiques envers la population commencent à être formulées. L'émergence du *marché* associé au libéralisme économique et politique va bouleverser le mode d'exercice du pouvoir et c'est pour cette raison que nous allons étudier la pensée d'Adam Smith qui est le fondateur de cette science économique. C'est pour cette raison que nous voulons partir de la révolution industrielle afin d'étudier la manière dont s'est noué le mode d'interaction du pouvoir politique et du pouvoir économique.¹⁸

Cette reconfiguration dans l'exercice du pouvoir répond à certaines exigences et repose sur certaines avancées qui feront en sorte de faire de la révolution industrielle un moment charnière dans l'histoire, non seulement de la pensée politique, mais de l'espèce humaine. Pour reprendre la formule de Marx le travailleur efface les bornes de son individualité et développe sa puissance comme espèce grâce à ce régime de production (1985 : 244). La transformation des sociétés à travers leur organisation de plus en plus complexe nous force à prendre au sérieux ce moment historique. Comme le souligne déjà Adam Smith, l'organisation de la population s'appuie largement sur la mobilisation de la population dans le travail. Les sociétés libérales vont rapidement devenir des sociétés qui reposent sur la division du travail industriel. Pour lui, il s'agit de la nouvelle marque de la puissance des nations.

La récompense libérale du travail, qui est l'effet de l'accroissement de la richesse nationale, devient donc aussi la cause d'accroissement de la population. Se plaindre de la libéralité de cette récompense, c'est se

¹⁸ Nous remontons avec Foucault (2004, 2004a) vers ce moment charnière dans l'histoire des sociétés pour examiner comment la population va devenir l'objet du pouvoir; celle-ci est désormais animée par des lois internes qui devront être respectées par l'État. La biopolitique naît donc d' « un pouvoir qui s'opère et se pense comme régulation qui ne peut s'opérer qu'à travers et en prenant appui sur la liberté de chacun [...] c'est d'abord et avant tout une technologie de pouvoir... » (Foucault, 2004 : 50).

plaindre de ce qui est à la fois l'effet et la cause de la plus grande prospérité publique (Smith, 1843 : 73).

La richesse des nations apparaît pour Smith comme une fonction de leur vie nationale comme l'explique bien Polanyi (1983) et est intimement liée à la reproduction de la société. Les institutions liées à la modernité politique dépendent de cet intérêt vis-à-vis des habitants d'un territoire pour que les pouvoirs y trouvent un *modus vivendi*. « Le mécanisme décisif dans ce nouvel arrangement est en effet cette « auto-valorisation de la valeur (...) qui parvient à organiser une activité de telle sorte que son résultat consiste en une augmentation de la capacité d'exercer cette activité » (Sloterdijk, 2000 : 52). Cette auto-valorisation de la population va devenir essentielle à l'équilibre entre le monde économique et le monde politique. L'essentiel de ce partage va donc reposer sur l'assurance que les acteurs politiques auront le pouvoir d'assurer la continuité de la souveraineté et, d'un autre côté, sur la possibilité que les acteurs économiques aient accès à la main d'œuvre nécessaire.

Ce partage va faire en sorte que la force de travail deviendra lentement l'objet d'un souci pour le pouvoir politique qui le force à une réflexion sur la rentabilité à long terme de son exploitation qui doit pouvoir être maximisée dans la durée. Cet impératif de « développement durable » des forces productives en est un politique. Il se heurte très tôt à la pratique sans scrupule de certains propriétaires de moyens de production. L'enjeu est déjà présent dans la réflexion de Smith.

Si les maîtres écoutaient toujours ce que leur dictent à la fois la raison et l'humanité, ils auraient lieu bien souvent de modérer plutôt que d'exciter l'application au travail, chez une grande partie de leurs ouvriers. Je crois que, dans quelque métier que ce soit, on trouvera que celui qui travaille avec assez de modération pour être en état de travailler constamment, non seulement conserve le plus longtemps sa santé, mais encore est celui qui, dans le cours d'une année, fournit la plus grande quantité d'ouvrage (Smith, 1843 : 74).

L'autopréservation de la population, et donc de la force de travail, est la condition *ex ante* du devenir des sociétés libérales. Si Smith en appelle aux facteurs moraux et à la dignité des maîtres comme rempart vis-à-vis des abus, il demeure réaliste.

Dans d'autres circonstances, l'état de la société est tel qu'il ne place pas la plupart des individus dans de pareilles situations, et il est indispensable que le gouvernement prenne quelques soins pour empêcher la dégénération et la corruption presque totale du corps de la nation (Smith, 1843 : 85).

Le premier argument de Smith en est donc un de raison d'État.¹⁹ Smith est conscient que les dispositions morales des maîtres ne peuvent être, à elles seules, garantes de la conservation de la force de travail de la nation. Ainsi, l'État devra intervenir afin d'éviter les effets délétères de la division du travail sur la population. Le danger est de rendre l'individu

(...) inhabile à défendre son pays à la guerre; l'uniformité de sa vie sédentaire corrompt naturellement et abat son courage, et lui fait envisager avec une aversion mêlée d'effroi la vie variée, incertaine et hasardeuse d'un soldat; elle affaiblit même l'activité de son corps, et le rend incapable de déployer sa force avec quelque vigueur et quelque constance, dans tout autre emploi que celui pour lequel il a été élevé (Smith, 1843 : 83).

Le pouvoir politique doit faire en sorte que les forces des individus ne soient pas diminuées et qu'ainsi la population ne soit trop faible pour se défendre. Le territoire sur lequel veille l'État serait placé, si tel était le cas, dans une situation de vulnérabilité stratégique. C'est à partir de cette raison d'État que la relation entre le monde économique et le monde politique s'articule et détermine le devenir des *appareils d'État* dans le libéralisme.²⁰ Cette articulation va, en dernière instance, déterminer les modes d'intervention du pouvoir sur la population, et ce, encore aujourd'hui à travers le dispositif biopolitique du trouble d'attention. Mais il y a plus; le projet moderne qui s'incarne à travers les institutions politiques libérales ne va pas se contenter de persévérer dans le temps, il va aussi déployer

¹⁹ Comme le montre bien Foucault (2004 : p. 261 à 291), la biopolitique, en tant que mode de gouvernance de la population, dérive de la *raison d'État*. Smith, en bon libéral de son temps, conçoit l'État à partir de sa fonction minimale et en cela on peut rapprocher la conception de ce dernier avec la manière dont Foucault montre comment le souci de la population apparaît dans le champ du pouvoir. Évidemment, l'analyse de Foucault ira bien plus loin puisque son travail nous permettra d'apprécier la complexification de ce pouvoir encore très minimal du temps de Smith.

²⁰ Pour Althusser (1970), les appareils d'État occupent des fonctions idéologiques essentielles dans la reproduction sociale.

un projet d'émancipation des individus qui complexifie sa relation avec les pouvoirs économiques.

Le projet de la modernité va rencontrer un deuxième problème qui deviendra, avec le temps, un motif d'intervention politique et qui concerne la dégradation morale des individus. Il s'agit d'assurer qu'une disposition morale propre à l'humanisme bourgeois s'institutionnalise à travers l'action de l'État et permette cette capacité d'élévation éthique qui assure les conditions de reproduction de l'individu libéral. Chez Smith, ce motif fait appel à la « raison et à l'humanité » dans l'organisation du travail et à ses conséquences pour l'individu.

Un homme qui passe toute sa vie à remplir un petit nombre d'opérations simples, dont les effets sont aussi peut-être toujours les mêmes ou très approchant les mêmes, n'a pas lieu de développer son intelligence ni d'exercer son imagination à chercher des expédients pour écarter des difficultés qui ne se rencontrent jamais; il perd donc naturellement l'habitude de déployer ou d'exercer ces facultés et devient, en général, aussi stupide et aussi ignorant qu'il soit possible à une créature humaine de le devenir; l'engourdissement de ses facultés morales le rend non seulement incapable de goûter aucune conversation raisonnable ni d'y prendre part, mais même d'éprouver aucune affection noble, généreuse ou tendre et, par conséquent, de former aucun jugement un peu juste sur la plupart des devoirs mêmes les plus ordinaires de la vie privée (Smith, 1843 : 82).

L'auteur de *La richesse des nations* voit ainsi un problème se profiler à l'horizon de l'universalisme revendiqué par la modernité : l'élévation de l'humain grâce à l'accès au savoir peut être mise en danger par le travail. Le prolongement de ce problème va se faire jusqu'à la sphère pourtant sacrée, et hors de portée des pouvoirs politiques, de la vie privée. Bien que Smith n'aille pas aussi loin dans sa réflexion sur le pouvoir politique, il pose pourtant le problème de manière très claire. Il faut trouver un équilibre entre le travail et l'émancipation nécessaires au développement de facultés morales de l'individu. La pensée de Smith est intéressante parce qu'elle n'opère pas rupture entre les lois sur lesquelles se fondent les sociétés humaines, et les lois économiques. Comme l'indique Polanyi :

Un optimisme général imprègne toute la pensée de Smith, puisque les lois qui gouvernent la partie économique de l'univers sont en parfait accord avec la destinée de l'homme, comme le sont celles qui

gouvernent tout le reste. (...) La dignité de l'homme est celle d'un être moral, qui, en tant que tel, est membre de l'ordre civique de la famille, de l'État et de la « grande société de l'humanité ». La raison et l'humanité fixent une limite au travail à la tâche; l'émulation et le gain doivent leur céder le pas (Polanyi, 1983 : 171).

Nous voyons clairement la position paradoxale qu'occupe l'entreprise d'éducation pour le penseur du libéralisme classique. La rupture avec la rationalité de l'ancien régime fait de la condition de l'homme libéral une condition commune à l'espèce humaine qui, lorsqu'elle est placée dans certaines conditions, peut permettre à l'individu de s'élever et de sortir d'une position de minorité. Ainsi, le cœur du projet de la modernité politique sera d'étendre les conditions d'accès à la liberté individuelle. La formation de l'individu libéral doit permettre d'étendre les conditions de reproduction de l'individu raisonnable, mais jusque dans l'influence envers les devoirs les plus ordinaires de la vie privée? C'est à ce moment que se pose un autre problème pour la gouvernance libérale. La préservation des qualités morales des individus est, comme l'affirmait déjà Locke, un devoir sacré pour les parents qui doivent veiller à élever leurs enfants afin d'en faire des individus dotés de raison et d'ainsi honorer leur nature égale devant Dieu (Locke, 1994 : 40). Dès le départ, l'entreprise d'éducation est une entreprise partagée. Pour autant, le mode de production capitaliste interfère avec le « devoir sacré des parents » la mission politique de l'État demeure minimale. L'équilibre recherché mène à un calcul proprement biopolitique qui, comme l'affirmait Foucault, doit agir sur « l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population » (2004 : 111). L'école obligatoire, à cause du caractère *de masse* qu'elle donne à cette mission éducative est un lieu privilégié dans l'extension du domaine de l'intervention politique pour soutenir le projet de la modernité. L'État doit assurer le ménagement²¹ de cet espace afin de conserver intactes les prémisses du libéralisme que sont l'universalisme et l'égalité, sans pour autant

²¹ Nous utilisons le terme « ménagement » dans son sens heideggérien parce qu'il pose justement l'idée d'un travail sur l'espace dans la relation existentielle de l'humain à l'être, une articulation symbolique qui devient la condition de l'élévation de la pensée (Heidegger, 1958 : 170-193). Si nous voulons mesurer l'atteinte des aspirations d'élévations morales des libéraux comme Smith, nous pensons que cette idée de ménagement peut servir dans l'articulation du prolongement de l'intervention de l'État libéral et sa transformation en État-providence dans la deuxième moitié du 20^e siècle en État-providence, à travers le récit des lieux de l'appareil scolaire.

entraver le développement de la force de travail et la productivité desquelles il dépend pour assurer sa puissance.

La gestion de la population dans le contexte de la révolution industrielle, largement portée par la mécanisation et la division du travail, a tôt fait de montrer les effets délétères de l'intensification du travail. Comme le montre l'important travail d'analyse de Karl Polanyi sur les *Lois sur les pauvres* au 19^e siècle en Angleterre, la rationalité économique libérale, notamment chez Malthus et Ricardo, va abandonner les fondements humanistes de Smith. « La nature biologique de l'homme apparaissait comme la fondation donnée d'une société qui n'est pas d'ordre politique. (...) La société économique est née, distincte de l'État politique » (Polanyi, 1983 : 175). Le détachement de la doctrine économique libérale de l'humanisme de Smith fait en sorte qu'un auteur comme Bentham envisage toute intervention de l'État pour soutenir sa population de manière ambivalente, le laissez-faire étant un dispositif de la mécanique sociale à ne pas perturber. Comme le dit Polanyi en citant Bentham :

Bentham croit que la pauvreté fait partie de l'abondance. « Dans l'état de prospérité sociale le plus élevé, dit-il, la grande masse des citoyens possèdera probablement peu de ressource en dehors du travail journalier et par conséquent elle sera toujours proche de l'indigence... » Il recommande donc « d'établir une contribution régulière pour les besoins de l'indigence », bien que de cette façon, « en *théorie* le BESOIN diminue, ce qui frappe l'industrie », comme il l'ajoute avec regret, puisque d'un point de vue utilitariste, la tâche du gouvernement est d'accroître le besoin pour rendre efficace la sanction physique de la faim (Polanyi, 1983 : 177-178).

Comme le suggère Bentham, l'État devra s'assurer « d'accroître le besoin » de la population pour assurer le fonctionnement général de la société. C'est ce que Foucault tente de décrire approximativement par l'idée « d'anatomie-politique » qui requiert le perfectionnement d'une biopolitique permettant cette nouvelle rationalité gouvernementale. À partir de ce moment, l'enjeu pour l'État libéral est le corps où il faut trouver un équilibre qui éviterait de mettre en danger la population et d'assurer une stabilité dans la relation qu'elle va devoir établir avec le monde du travail. Nous avons trouvé dans l'analyse de Marx et Engels sur la conquête des premiers droits des travailleurs en Angleterre autour des années 1860,

d'importants passages sur la question du travail des enfants. Nous allons maintenant montrer la grande compatibilité de l'analyse de Marx avec les concepts foucaaldiens pour le problème qui est le nôtre.

Les impératifs de production et ses effets sur la santé des populations

Un détour par Marx, plus particulièrement l'analyse d'une section du *Capital*, va nous permettre de remonter vers les dispositions qui ont mené à la mise en place de l'instruction obligatoire en Angleterre. Cela offre l'avantage de montrer comment la dynamique d'extension des droits et de luttes sociales se manifeste pour poser la question de l'instruction obligatoire. Nous voulons montrer l'État libéral et ses velléités à intervenir dans le soutien de sa population. Nous constaterons que la logique populationnelle de la biopolitique va encore être au centre de l'argument de Marx et un moteur de l'action gouvernementale. En ce sens, la dernière partie de la section 4 du *Capital*, particulièrement le chapitre XV ayant pour titre *Machinisme et grande industrie*, amène une lumière sur le travail social qu'implique la parentalité. Cela permet à Marx d'exposer les conséquences de l'industrie et des machines sur les familles, leurs implications sur l'État libéral et l'institutionnalisation de l'école.²²

Des passages importants du *Capital* (Marx, 1985, 1985a) montrent comment les enfants, à travers les phénomènes de vagabondage et de criminalité, vont devenir des « problèmes » politiques puisqu'ils menacent à la fois le droit de propriété à cause de leur crime et à la fois le *Capital* qui doit compter sur une main-d'œuvre toujours plus importante. Le maintien de l'ordre à l'intérieur des villes va rapidement passer par l'organisation de cette population en force de travail et ainsi permettre à l'État et au *Capital* de tirer profit de l'organisation de cette jeunesse qui se « perd ». La solution la plus évidente est de trouver du travail pour ces

²² Heather Brown (2013 et 2014) a travaillé à exposer les réflexions de Marx sur le genre et la famille. Elle souligne certains passages sur la question dans les Manuscrits de 1844 et dans le Manifeste mais trouve, comme nous d'ailleurs, d'importants passages dans le *Capital* pour appuyer sa lecture féministe. En effet, certaines sections du *Capital* abondent de références à l'organisation des femmes et des enfants dans le travail. Nous devons souligner la parenté de notre travail avec cette perspective quant à l'intérêt que nous portons au travail domestique et à son importance social et économique.

enfants.²³ Cela est rendu possible par le caractère de moins en moins spécialisé du travail que requiert la grande industrie. Marx rappelle l'effet pour le moins paradoxal que cela entraîne pour l'ouvrier qui se voit d'une part, concurrencé par ces travailleurs non spécialisés (femmes et enfants) et, d'autre part, qui se retrouve dans la situation similaire à celle d'un propriétaire d'esclave américain. « Jadis l'ouvrier vendait sa propre force de travail dont il pouvait librement disposer, maintenant il vend femme et enfants; il devient marchand d'esclaves » (Ibid : 286). L'argument est important et omniprésent dans le Capital à propos de l'absence de liberté derrière le geste d'intégrer le marché pour les prolétaires en critiquant le « formalisme » des fondements juridiques du marché du travail dans la société capitaliste. En plus de ce problème d'un pouvoir paternaliste/esclavagiste, la famille pose d'autres enjeux dans le régime capitaliste. Dans une note de bas de page, Marx souligne la tension entre la famille qui s'appuie nécessairement sur un travail quotidien permettant la reproduction de la vie et le Capital qui tend à détourner ces forces de travail à son avantage. Il écrit :

Comme certaines fonctions de la famille, telles que le soin et l'allaitement des enfants, ne peuvent tout à fait être supprimées, les mères de famille confisquées par le capital sont plus ou moins forcées de louer des remplaçantes. Les travaux domestiques, tels que la couture, le raccommodage, etc., doivent être remplacés par des marchandises toutes faites. À la dépense amoindrie en travail domestique correspond une augmentation de la dépense en argent » (Ibid : 421).

Soulignons ici l'importance de cette note pour envisager le travail non simplement dans sa fonction pour l'industrie, c'est-à-dire en tant que producteur de plus-value, mais aussi en tant que travail social essentiel à la reproduction de la société.²⁴ Il s'agit d'un véritable « métabolisme social du travail » (Marx, 1963-1968 : 1081), comme le rappelle Foucault lors d'une conférence en décrivant les mailles du pouvoir biopolitique qui ont une importance

²³ La logique demeurerait en ce sens assez proche de ce qui prévaut déjà dans les campagnes d'Angleterre où les enfants étaient soumis eux aussi à des travaux de tout genre. En cela la sphère familiale organise le travail des enfants depuis toujours. Au Québec, le taux de fréquentation des écoles, excessivement bas à cette époque (moins de quatre années), montre que la cellule familiale dépend du travail des enfants.

²⁴ Le fait d'occuper le temps des enfants grâce au travail et d'ainsi dégager la famille (mère) d'une partie de leurs soins quotidiens est pour un certain nombre d'auteurs féministes un élément fondamental analyse marxienne pour penser l'émancipation de la femme de sa fonction dans la famille (Brown, 2014).

fondamentale pour « faire de la société une machine de production » (Foucault, 2001a : 1013). Ainsi, le calcul biopolitique de l'État devient une stratégie de pouvoir devant s'étendre à la fois sur le monde du travail et sur le milieu familial.

Marx va bien montrer les dilemmes de l'État anglais dans son analyse des lois menant au raccourcissement de la journée de travail. Il montre à quel point la question est délicate alors que le déploiement de son action, minimale, se maintient dans les limites de la préservation des conditions de possibilité de sa puissance. Citant ici des documents gouvernementaux, il écrit : « La santé du peuple des travailleurs a été sacrifiée et deux générations auraient suffi pour faire dégénérer la race, s'il ne s'était pas opéré une réaction. Les heures de travail des enfants ont été limitées, etc. » (Marx, 1985 : 400). L'objet de souci de la part du pouvoir politique est de veiller à la conservation dans la durée de l'État libéral parce que de l'autre côté, le Capital tente de montrer les vertus sociales de son organisation sociale en défendant l'idée qu'il permet à des familles d'avoir des conditions de vie meilleures grâce à la contribution des enfants au revenu familial. Marx cite les procès-verbaux du comité sur les mines de 1867 où se résume le dilemme : « Ne serait-ce pas une cruauté, là où le père est mort, estropié, etc., d'enlever cette ressource à la famille ? » (idem : 356).

La dépravation morale et physique de la population va fournir les motifs de la réflexion critique de Marx à propos du juste équilibre de ce métabolisme social qui assure la reproduction des populations. Marx cite la *Children's employment commission*, une commission parlementaire chargée d'enquêter sur le travail des enfants, afin de démontrer les insuffisances des positions de principe de l'État bourgeois. « La commission dans son rapport exprime l'espoir "qu'une industrie qui a une si haute position aux yeux du monde, ne supportera pas l'opprobre de voir ces brillants résultats accompagner de la dégénérescence (...) de la population ouvrière par le travail" » (ibid : 188). Il construit un argumentaire proprement biopolitique à partir d'une série d'observations, notamment de nombreux médecins, pour poser le problème de l'épuisement de la force de travail. Le caractère irrévocable de la force de travail pose *in fine* le devoir de préservation des forces nécessaires à la sauvegarde de la souveraineté et à la reproduction du corps social, on fait

donc appel à la raison d'État.²⁵ Il tente de mettre la pression sur les institutions anglaises en employant la figure rhétorique de l'enfant. Marx cite le chirurgien M. Charles Pearson qui « ... certifie que j'ai été souvent révolté à la vue de ces pauvres enfants, dont la santé est sacrifiée, pour satisfaire par un travail excessif la cupidité de leur parent et de ceux qui les emploient » (ibid : 187). L'enfant devient le fondement d'un discours moralisateur avec lequel Marx tente de mettre l'État libéral en contradiction avec lui-même. Citant encore une fois des documents contenant des données sur la santé, Marx rappelle que les conditions familiales des prolétaires sont tellement difficiles que l'infanticide ou le recours à l'opium pour occuper les enfants font des ravages dans le district des fabriques (ibid : 289). Les effets délétères du capitalisme industriel naissant posent ainsi un problème fondamental pour l'État libéral alors que des parents prolétaires ne peuvent assumer le travail domestique nécessaire à la reproduction sociale. La déchéance observée par de nombreux médecins cités par Marx a pu servir d'argument en Grande-Bretagne pour limiter la journée de travail pour les enfants et surtout, la loi sur l'instruction obligatoire des enfants (ibid : 346-363).²⁶

Très tôt, on se rend compte que l'effet le plus important de cette loi n'est pas l'augmentation de l'apprentissage des vertus civiques chez les enfants. Le manque d'inspection dans les écoles, la piètre qualité du matériel pédagogique et des maîtres qui ne savent parfois pas écrire, font en sorte que l'essentiel de cette loi ne remplit qu'une fonction sociale très limitée, c'est-à-dire de « conserver » les enfants de sorte que leur force de travail ne s'épuise pas. Ainsi, « [d] ans le système mi-travail, mi-école, chacune des deux occupations repose et délasse de l'autre » (ibid : 346). Cela offre un autre avantage important, celui de dissoudre la famille traditionnelle et d'offrir au Capital une main-d'œuvre bon marché, dans ce cas-ci, les femmes. La manière par laquelle sera mis en place ce ménagement de la population infantile par l'État libéral sera toujours déterminée en dernière instance — nous sommes

²⁵ On pourrait presque déceler à rebours ce que Fassin (2000) nomme la rhétorique de la santé publique, les médecins et les inspecteurs au service du parlement anglais usent de leurs descriptions pour placer les gouvernants devant un dilemme moral pour tenter de provoquer des changements qualitatifs dans la réglementation des normes du travail (Marx, 1985 : 271-363). Nous disons à rebours parce que les institutions d'où émane cette rhétorique chez Fassin ne sont pas encore en place en Angleterre à ce moment.

²⁶ De nombreuses luttes sociales prennent place autour des années 1850 et elles mèneront aux différentes législations pour la limitation des journées de travail, notamment celle des enfants (idem : 208-221).

en accord avec Marx sur ce point — par la relation qu'il entretient avec le mode de production du Capital. Si l'intégration des enfants dans le marché du travail permettait de régler un problème de sécurité dans la cité et de « libérer » les mères de leur rôle traditionnel à la maison, la diminution des heures de travail, qui vise à préserver les forces vives de la nation, va faire ressurgir le problème de l'occupation du temps des enfants que nous allons bientôt aborder.

Notons aussi que l'introduction de la loi sur les fabriques, en instituant des formes d'instruction obligatoire, va se faire à travers la réticence du monde politique bourgeois jaloux des privilèges moraux que renferme l'éducation.

Dans les branches de l'industrie où règne depuis assez longtemps la loi des fabriques proprement dite, les obstacles que rencontraient les articles sur l'instruction ont été surmontés dans une certaine mesure. Quant aux industries non soumises à la loi, la manière de voir qui prédomine est celle exprimée par le fabricant verrier J. Geddes devant le commissaire d'enquête, M. White : « Autant que je puisse en juger, le supplément d'instruction accordé à une partie de la classe ouvrière dans ces dernières années est un mal. Il est surtout dangereux, en ce qu'il la rend trop indépendante » (ibid : 422).

En attendant, l'instruction obligatoire s'adresse aux enfants qui travaillent dans l'industrie et elle est un frein à leur exploitation, elle est le résultat d'un compromis qui doit assurer aux capitalistes de pouvoir continuer à exploiter la force de travail de ces derniers sans mettre en danger l'équilibre social. La révolution industrielle et la division du travail sur laquelle elle repose vont déterminer de manière importante l'organisation du savoir en l'orientant notamment vers la résolution des problèmes liés à la production (Lukács, 1960). Ce savoir est subordonné aux capitalistes et à l'organisation sociale dont il dépend.²⁷ L'économiste Heinrich von Storch, cité par Marx, résume en substance le problème du savoir, surtout le savoir-faire dans ce cas, pour l'ordre capitaliste :

²⁷ Le problème de l'accaparement du savoir par le capitaliste est posé par Marx dans la 4e section du livre I du *Capital* : « Les puissances intellectuelles de la production se développent d'un seul côté parce qu'elles disparaissent sur tous les autres » (ibid : 266). L'analyse de Georg Lukacs dans « La réification et la conscience de classe » tente d'aller plus loin en exposant les conséquences idéologiques d'un tel accaparement.

L'ouvrier, qui porte dans ses mains tout un métier, peut aller partout exercer son industrie et trouver des moyens de subsister; l'autre (celui des manufactures ajoute Marx), n'est qu'un accessoire qui, séparé de ses confrères, n'a plus ni capacité ni indépendance, et qui se trouve forcé d'accepter la loi qu'on juge à propos de lui imposer (ibid : 415).

L'indépendance acquise à travers l'éducation, en tant que danger pour l'organisation sociale capitaliste va lourdement déterminer la manière dont l'instruction publique se mettra en place. Le *modus vivendi* auquel devront parvenir les élites libérales et la bourgeoisie naissante devra donc ménager les conditions faisant en sorte de favoriser l'intégration des travailleurs dans les structures de la production. Nous allons explorer cette question en détail un peu plus loin en examinant la manière dont le complexe biopolitique s'est constitué dans le système scolaire avant de le montrer à l'œuvre dans le contexte particulier du Québec. Pour le moment, continuons avec une analyse plus détaillée de la réalité matérielle que représente la mise en place de l'espace scolaire.

L'organisation de l'école et la disposition des enfants : la question de la différence

Nous pouvons constater que la naissance des lois sur l'instruction obligatoire n'a que très peu à voir avec l'idéal moderne d'accession à la raison quand il est laissé aux volontés des forces de marché. L'instruction ne trouve pas non plus de grands appuis auprès de l'élite bourgeoise qui se méfie des instruments à la disposition de l'État. Le régime capitaliste pose ainsi les modalités d'organisation de l'instruction publique de manière à faire en sorte que l'enseignement devienne la prolongation du travail. Comme le rapporte un fabricant de soie qui déclare à une commission d'enquête sur le travail des jeunes : « Je suis convaincu que le vrai secret de la production d'employés habiles consiste à *faire marcher ensemble* dès l'enfance le travail et l'instruction » (ibid; 438. Je souligne). Pas étonnant de constater que les écoles souffrent de ce manque de considération. Les inspections du gouvernement anglais que cite Marx sont sans appel : « ... beaucoup d'écoles semblables où je voyais des rangées d'enfants qui ne faisaient absolument rien; et c'est là ce qu'on appelle fréquenter l'école, et ce sont ces enfants qui figurent comme éduqués dans la statistique officielle » (ibid : 290). L'apparition de l'école va favoriser l'émergence d'un milieu de vie concurrent à celui de la vie familiale et même à la vie en usine, milieu qui devra établir de nouvelles

règles, de nouveaux modes de valorisation de l'enfant, mais surtout devenir le lieu possible d'une surveillance massive. Les moyens que vont développer les sciences qui prennent l'homme pour objet (médecine, psychologie, pédagogie) tendront à développer des moyens techniques de plus en plus importants pour favoriser une intervention qui déborde de la simple raison d'État. Le dispositif biopolitique qui surgit dans les écoles va s'appuyer sur un ensemble de savoirs qui vont lentement modifier les répertoires culturels, les idées et discours qui auront cours à l'école et qui formuleront de nouvelles injonctions envers l'État qui devra organiser l'intervention jusqu'alors sommaire envers la population qui fréquente les écoles. Le problème de l'entassement des enfants dans cet espace va ouvrir la porte à ce que ces nouvelles disciplines organisent la gestion de la population infantile. La création d'atmosphères favorables, non simplement du point de vue biologique, mais aussi du point de vue existentiel, deviendra nécessaire pour donner des conditions d'existence respectables aux enfants.²⁸ Ce sera la même chose à l'école qui demeure en ce sens un lieu privilégié d'aménagement. En effet, le simple entassement des enfants dans des salles de classe n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît.

It still appears as if our schools were establishments organized to produce near-sightedness, scoliosis, and anaemia, both physical and intellectual exhaustion. The question of school-house building and school room furniture, the structure of bench and table, the paper and type in the books the numbers of school hours (...) the number and length of recesses, the hours and duration of intervening meals, the alteration of mental and physical training, the age at which the individual child should be first sent (...) have been too long decided by school-board consisting (...) not, however, of physicians (Jacobi, dans Turmel, 2008: 224).

La piètre organisation de l'espace scolaire deviendra un souci pour les médecins alors que la disposition des corps a des effets sur les populations d'enfants scolarisés et que ces effets sont plus importants que l'on aurait pu le croire. Mais au-delà des problèmes de santé

²⁸ L'utilitarisme anglais va en ce sens fournir un cadre éthique à l'élite libérale en matière d'intervention sociale et ce, malgré la contradiction qui l'anime, particulièrement en matière d'éducation. La civilisation selon Mills repose sur la culture d'un sentiment à la fois d'intérêt personnel et de sympathie qui réconcilie la poursuite de l'intérêt personnel et la recherche du bonheur collectif. Il affirme que « ... les plus petits germes de ce sentiment sont recueillis et leur développement est assuré par la contagion et l'éducation » (Mills, 1988 : 96). L'élévation de l'autre devient une condition de l'élévation générale. La contradiction entre Bentham, cité plus tôt, et Mills expose encore une fois la tension constitutive de l'action de l'État libéral.

physique, l'intervention de la médecine dans le champ scolaire va aussi permettre de développer les connaissances nécessaires afin d'évaluer les capacités cognitives des enfants. La médecine, à travers l'examen empirique auquel elle va se prêter, permettra d'établir une série de différents stades de développement des enfants. Comme le dénonçait déjà Marx, malgré les efforts et la compétence de certains instituteurs, ils « (...) échouent presque complètement contre le fouillis inextricable d'enfants de tout âge au-dessus de trois ans » (1985 : 290). Il s'agit d'un problème essentiel pour la rencontre de la médecine et de la pédagogie qui permettra aux professeurs d'organiser la transmission de la connaissance et d'établir les attentes « normales » envers les enfants.²⁹ L'interaction multidisciplinaire qu'entraîne la gestion de ces populations d'enfants, entre les médecins et les instituteurs, va avoir lieu dans l'école. Elle a pour objet l'enfant à classer, dans le cas de l'école en fonction de ses capacités intellectuelles. La biopolitique telle que la décrivait Foucault permet d'appréhender ces sciences comme des forces productives, des pôles de pouvoir intervenant dans la (re) production de la population de manière à déterminer le devenir à la fois individuel et collectif. C'est ici que les mécanismes de sécurité d'où prend naissance le dispositif biopolitique que nous décrirons plus tard vont se déployer de manière à se déployés à l'intérieur de l'école pour l'adapter aux difficultés qu'entraîne son institutionnalisation. Cet appareil sera traversé par différentes disciplines scientifiques qui évalueront l'efficacité des interventions et produiront un ensemble de savoirs qui vont agir de plus en plus de manière contraignante dans les délibérations qui mèneront à la décision et l'intervention auprès des enfants.

C'est vers les années 1850 que des lois sur l'éducation des jeunes contrevenants seront adoptées en Grande-Bretagne, en France et aux États-Unis, ce qui marque un passage important pour la thèse. Comme le décrit Turmel (2008), l'incarcération va progressivement perdre sa légitimité alors que l'État sera aux prises avec des connaissances nouvelles qui lui imposeront de revoir son dispositif sécuritaire. Les résultats constatés à la suite de ces incarcérations sont clairs, ils ne permettent pas aux enfants de se sortir de la situation qui les a mis dans le pétrin. La question sécuritaire va

²⁹ Sur le territoire québécois, cette interaction multidisciplinaire se fera de manière très lente comme nous le verrons dans le chapitre 3.

rejoindre la question de l'éducation pour reconfigurer les rapports qu'entretiennent plusieurs institutions sociales (l'école naissante, la famille, la médecine, etc.) avec la gestion de la population. Le passage d'une approche punitive à une approche de réhabilitation s'articule autour de quatre innovations selon Turmel :

- The child's general condition in the family and at school rather than specific acts or behaviour, was the most important feature to take account of in assessing it; the responsibility was not individual, but clearly familial.
- Separate detention facilities were set up provided the number of delinquents was sufficient; girls and blacks constitute in that respect a specific issue, were dealt with later, thus raising the question: what and who is a child.
- Adults could be convicted for contributing to youth delinquency in one way or another, thus emphasising the network aspect of the question.
- Probation, regulation and adjustment were stressed rather than punishment with the launching of reform and industrial schools; home, family, school constituted the collective's enlargement aimed at the rehabilitation of delinquent (2008: 240).

Ces innovations montrent l'importance pour le pouvoir politique d'agir à l'intérieur de sphères qui sortaient jusqu'alors de son champ d'action (la famille, l'école, la prison pour enfants), il s'agit des premiers pas vers la biopolitique que nous allons exposer plus loin. La complexité de la tâche à remplir par l'État sera d'autant plus grande que la solution nécessite une intervention globale qui agit à différents niveaux. Les questions de sécurité civile qui mettent en jeu des enfants vont donc lier un ensemble de réseaux d'acteurs et établir des relations qui se stabiliseront comme nous le verrons grâce à l'école. C'est ainsi que le pouvoir politique va lentement s'incarner à travers un dispositif biopolitique qui déborde les fonctions régaliennes de l'État sans jamais vraiment les perdre de vue.

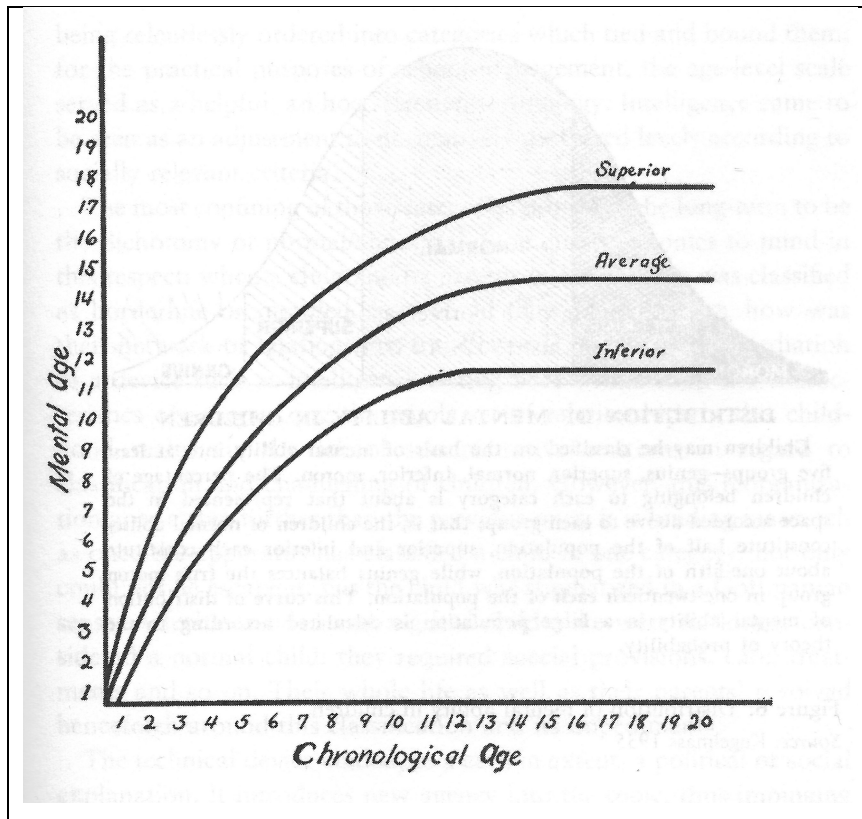
La sociologie historique que retrace Turmel permet d'exposer l'importance des objets de toute sorte pour mesurer l'intelligence (les tables de mesure, les courbes, les questionnaires, etc.) et stabiliser l'enfance comme catégorie sociale. Il montre la place fondamentale qui revient aux médecins dans la construction sociale de ce qu'est l'enfance. C'est là toute la thèse de l'auteur qui retrace la manière dont la pédiatrie, grâce à sa capacité dans l'évaluation des capacités de développement de l'enfant, va permettre d'établir un

pont vers l'école pour que se mette en place une intervention que nous qualifions de biopolitique. Ce que Turmel montre bien, c'est la manière dont l'école va devenir un vaste espace de surveillance qui se construit grâce à la statistique et la norme. La médecine va coloniser l'institution scolaire à cause de cette irréductible question de la différence dans le développement des enfants. Turmel expose un ensemble de recommandations qui vont du nombre d'heures de sommeil à une série de tâches que l'enfant devrait effectuer, selon son groupe d'âge et qui vont servir de fondement au dialogue entre le professeur et le médecin (Turmel, 2008 : 161-181). Lorsque l'enseignant ne pourra pas juger de l'enfant, les médecins seront là pour résoudre l'énigme de sa différence.³⁰ Cette énigme se résout trop souvent par la violence parentale (Cliche, 2007) ou la prison tout simplement (Turmel, 2008). Voyons maintenant certains développements importants des savoirs nécessaires à la consolidation du dispositif biopolitique que nous entendons exposer plus loin.

La différence d'un enfant est construite dans l'espace scolaire à partir de normes statistiques, d'une gradation autour d'une courbe normale des aptitudes de chacun. C'est la question du développement des enfants, plus particulièrement son retard, qui sert de prétexte pour déclencher des mécanismes de sécurité pour les cas marquant un écart trop important avec les attentes de leur milieu. Ainsi, la différence mesurée par l'incapacité à atteindre les standards établis par les autres enfants va donc ouvrir deux possibilités d'explication dans un contexte biopolitique : soit il s'agit de délinquance et d'un problème de comportement où la réforme est envisageable travers une discipline appropriée, soit il s'agit tout simplement d'idiotie, d'un problème cognitif de l'enfant qui pour l'instant est présumé incurable.

³⁰ Nous sommes en parfait accord avec l'auteur sur la question, les médecins sont des acteurs incontournables de la modernisation de la société québécoise et du dispositif de diagnostic de T.D.A.H. que nous décrirons dans les prochains chapitres.

Figure 4 : Les mots de la statistique — les mesures de l'intelligence



Source : Turmel (2008 : 169)

L'arrivée de la médecine et de la psychologie dans les murs de l'école permettra d'élargir les capacités de « récupération » des enfants jugés incurables en développant leur technique et modifiant les pratiques d'enseignement.

The requirements of education and scientific pedagogy focused the concern on techniques by which individual differences in ability are measured so that school can sort out children and channel them. Intelligence tests were designed to meet this concern of school administrators and educators. (Turmel, 2008 : 163)

Le problème de l'idiotie sera un problème important pour l'école, mais aussi pour la conception que l'on se fait du processus d'apprentissage. La question de savoir s'il est possible de « guérir » l'idiotie, s'il est possible de faire apprendre quelque chose à un idiot, est fondamentale lorsqu'il s'agit d'envisager la manière dont la médecine, la psychologie et la pédagogie se rencontrent et se partagent la tâche de l'intervention auprès de l'enfant. La

question se pose pour la première fois dans le contexte du développement de la science de la psychologie avec l'étude du cas de l'enfant sauvage d'Aveyron³¹. Un différend entre-deux des fondateurs de la psychologie moderne est très éclairant pour le problème de l'éducabilité de l'enfant différent. C'est Sicard, membre de la commission d'examen de l'enfant, qui contrairement à Pinel voudra individualiser l'évaluation des capacités de l'enfant. Au lieu de l'évaluer à la lumière d'une norme, il va plutôt voir s'il est possible de faire évoluer l'enfant dans les paramètres qui sont les siens. En prenant comme point de départ l'individu lui-même, Sicard peut noter des améliorations vis-à-vis de sa condition et ainsi affirmer que l'idiot est capable d'apprendre. C'est en quelque sorte les premiers pas d'une personnalisation des moyens pédagogiques et des interventions éducatives.³²

Sicard's innovation was to make pedagogy into a practice as much clinical as educational. (...) The child was to be engaged as an active agent in the training of the habits of body and mind. (...) Thus Sicard *individualised* his pedagogic techniques, directing them towards the particular propensities of specific individuals, adjusting them in the light of their particular requirement ... (Rose, 1985 : 36).

Le développement de ces tests d'intelligence va rapidement se transformer en une entreprise d'évaluation empirique des enfants et en la stabilisation de cette nouvelle catégorie sociale qu'est l'enfance. Les exemples de cette entreprise de mesure se multiplieront au début du 20^e siècle. En 1904, le ministère français de l'instruction publique va former un comité composé notamment d'Alfred Binet³³ afin de pouvoir munir les écoles des moyens d'établir des services appropriés pour les enfants. Cette entreprise va reprendre la vision développementaliste qui a pris naissance dans l'investigation sur les enfants normaux et qui permettaient d'établir des tables de références pour évaluer le développement des enfants (Turmel, 2008 : 107). Ces tables s'intéresseront d'abord aux attributs physiques des enfants qui sont plus faciles d'accès et dont l'objectivité semble

³¹ Il s'agit d'un cas célèbre où l'on a retrouvé un enfant « sauvage » qui avait grandi dans les bois d'un massif en France. Il fut l'objet d'une controverse théorique entre le Professeur Pinel qui le considérait comme un idiot incurable et Sicard qui voyait en lui un enfant souffrant d'un retard dans son éducation. C'est tout le caractère incurable de la condition de cet enfant sauvage qui fera l'objet de la controverse.

³² Il faut noter que l'implication de certains individus dans le soutien de ces enfants différents va largement reposer sur leur humanisme.

³³ Sous les hospices de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant à l'Université de la Sorbonne, Binet va développer un test de mesure d'intelligence qui sera utilisé par le ministère afin d'établir si les enfants scolarisés ont un développement normal ou s'ils ont des retards (Turmel : 164).

préservée. La mesure du poids et de la grandeur demeurant imperméable à tout jugement subjectif, les complications surviennent quand les mesures psychologiques sont mises en place pour découper l'enfance en tranches d'âge où l'enfant devrait être capable de satisfaire une série de critères qui sont partagés par la moyenne des enfants de son âge.³⁴

Le test de Binet sera rapidement repris, notamment aux États-Unis où, dès les années 1908-1910, l'école sera mise à contribution afin de tester de manière plus systématique les capacités mentales des enfants. L'école va servir de base pour le déploiement et la consolidation d'un ensemble de pratiques qui viennent de différents domaines, tels la psychologie et la médecine, qui sont les deux cas les plus importants pour notre propos. Le développement d'infrastructures sociales comme les hôpitaux et les écoles va donc participer à la consolidation de différents champs de savoir, qui formeront des lieux où de larges populations seront réunies et pourront être étudiées (Rose, 1985; Turmel, 2008).

La population pauvre verra ainsi l'hôpital lui ouvrir ses portes, cette dernière devenant par le fait même un appareil pédagogique essentiel pour la formation des médecins (Rose, 1985). En échange de traitement, les pauvres devront servir de « cobayes », une sorte de remboursement de la dette contractée par l'accès gratuit au soin, en faisant de son esprit un objet pour la science. Si la dégénérescence de la population était encore un souci fondamental dans les interventions biopolitiques au début du 20^e siècle, les années 1920 modifient les stratégies d'intervention les rendant de plus en plus complexes. Le danger associé à la reproduction de groupes sociaux qui sont incapables d'assurer le développement de leur progéniture fera l'objet d'une intervention.

...(I)t does not limit itself to the neutralization of the pathological minority; it aims rather to utilise its clinical expertise in a preventive way through moralising, training, reforming those who fall within the range of the normal. To inject new norms of health and household

³⁴ Ce postulat développementaliste est à la base de plusieurs théories en psychologie (Piaget, Kohlberg, Habermas...) mais participe aussi largement, si l'on suit Turmel (2008), de la vision de l'être humain à la base de la sociologie contemporaine.

management into the home through the instrument of the child (ibid : 144).³⁵

C'est ainsi que le champ de la biopolitique va s'élargir considérablement. Désormais, quand le contexte scolaire et les attentes qu'il entretient envers les enfants rencontreront des enfants qui ne sont incapables de les remplir, l'intervention pédagogique aura, au moins potentiellement, les outils d'intervention qui proviennent d'autres champs de spécialisation, notamment celui de la médecine et de la psychologie. Ce potentiel va faire en sorte que les échanges entre ces champs de savoir seront possibles et leur intensité sera déterminée par le niveau de compatibilité des idées par lesquelles ils se définissent et organisent leurs activités. Les variations « normales » dans la distribution de l'intelligence ouvriront donc la porte à la naissance de méthodes pédagogiques différenciées et adaptées à différents enfants.³⁶ Dans le cas qui nous occupe, une forme de variation particulière nous intéresse qui nous mènera lentement vers la description du dispositif de diagnostic de T.D.A.H. Il est intéressant de voir que très tôt déjà, la psychologie va voir dans l'agitation un comportement qui peut être pathologique.³⁷ Le problème des enfants turbulents pour le climat de classe est depuis longtemps un point où se condensent les savoirs de la médecine, de la psychologie et de la pédagogie.

It ought to be more than a pure coincidence as it happens that nervousness appeared at first as cognate to mental life, but dwelled at the very core of it. (...) nervousness is the transitional phase to a genuine account of the child's mental development; in fact, it is its principal entry to children's mental life (Turmel, 2008: 229).

Des mentions du problème d'hyperactivité sont d'ailleurs présentes dès 1846 dans l'ouvrage d'Édouard Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots* où il note que

³⁵ Rose parle du passage à une vision « néo-hygiéniste » où les solutions eugéniques (stérilisation, enfermement, etc.) seront remplacées par des modes d'intervention plus sophistiqués. L'avènement de l'Allemagne nazie finira par délégitimer ce genre d'interventions en Angleterre.

³⁶ Comme le rapporte Rose (1985 : 37), Édouard Séguin va ouvrir la première école pour idiots en 1839. On pourrait dire qu'il s'agit là d'un premier exemple de développement de nouvelles pratiques pédagogiques. Il s'agit aussi pour nous d'un premier espace qui, en tant que *paysage ménagé*, est particulièrement significatif pour le déploiement du dispositif à l'étude.

³⁷ Il n'est pas ici question de vouloir « diagnostiquer » rétroactivement l'hyperactivité dans les comportements des enfants à l'époque. Nous voulons surtout attirer l'attention sur le fait que l'agitation et la nervosité vont être rapidement des facteurs qui vont perturber les climats scolaires et ainsi poser problème.

certaines enfants ont besoin de bouger et de se dépenser pour évacuer leur trop-plein d'énergie (Welnarz, 2011). Le « diagnostic » est le résultat d'un déplacement d'une maladie psychiatrique déjà existante chez l'adulte, la manie. Pour que celle-ci soit spécifique à l'enfant, il faut attendre 1892 et Welnarz en attribue la paternité à Charles Boulanger qui le développe dans sa thèse de doctorat alors qu'il travaille dans le service d'enfants idiots de Bicêtre. La description qu'il en fait est la suivante :

Ils se signalent par un manque d'équilibre dans les facultés de l'esprit. Ils ne peuvent fixer longuement leur attention; ils n'ont aucun attachement; il faut qu'ils fassent autrement que les autres. Ils sont intelligents, mais leurs incohérences répétées, leurs excentricités continuelles ont bientôt attiré l'attention sur eux. Il semble qu'une force inconnue les pousse périodiquement à des écarts de conduite dont ils ne peuvent donner la raison quand on les interroge. Ce sont des instables du point de vue mental (idem : 17).

Welnarz met bien en relief la manière dont le problème de l'instabilité de l'enfance va se développer à cheval entre une vision psychanalytique où le trouble en est un des conduites et une vision organiciste où l'étiologie du diagnostic s'appuie un problème fonctionnel, l'irritation cérébrale. Le diagnostic reste à construire et encore soumis à cette tension. L'impulsion que vont donner les premières lois sur l'instruction obligatoire à la nécessité de réfléchir à ces enfants différents va permettre de consolider le diagnostic en question. Welnarz rapporte dans son essai d'histoire du T.D.A.H. comment les institutions d'enseignement participent à fournir un milieu de recherche pour étudier ce problème.

Jean Philippe et Georges Paul-Boncourt écrivent en 1905 une étude médico-pédagogique : *Les anomalies mentales des écoliers*. Un chapitre est consacré à l'écolier instable qui est un enfant qui « ne peut fixer son attention soit pour écouter soit pour répondre, soit pour comprendre ». Cet écolier est aussi décrit comme impulsif, coléreux, susceptible, fantasque. En classe de tels enfants sont « insupportables ». La théorie explicative est toujours alors la dégénérescence et les auteurs distinguent bien ces élèves d'autres qui sont indisciplinés par « pure mauvaise volonté » (idem : 18).

C'est au début des années 1920 qu'un traitement va être découvert par les neurologues américains pour contrer cette instabilité et cette inattention : les amphétamines. Nous verrons plus tard, l'importance que ce type de médication va avoir sur l'effort heuristique

qui entoure la reconnaissance du champ de la santé mentale chez les enfants québécois. Pour l'instant qu'il suffise de constater l'importance de la médecine à la fois dans la production des normes entourant l'enfant, mais aussi dans les moyens permettant de développer de nouvelles stratégies d'intervention à l'école. Composer avec la différence de certains cas particuliers va créer un problème pour la médecine qui va profiter de l'école pour développer ses moyens d'intervention et avoir une influence décisive sur la biopolitique à ce jour. Ce constat nous sera indispensable pour bien comprendre la suite de la thèse.

Synthèse

Le but que cherchait à atteindre ce chapitre était de procéder à la généalogie biopolitique de l'enfant différent. Pour que ce dernier apparaisse en tant que réalité sociale, il faut que se mette en place un dispositif de surveillance suffisamment étendu pour réunir des quantités importantes d'enfants de manière à établir des rapports différentiels entre eux. Nous avons d'abord exposé la manière par laquelle l'instruction obligatoire devient une responsabilité pour l'État libéral, dans quels paramètres et à partir de quels justificatifs. Si la théorie économique de Smith nous a laissés entrevoir les vertus morales de l'éducation, ses fondements humanistes ont lentement cédé le pas à une vision utilitariste où l'État doit mesurer et limiter son action de manière à ne pas interférer avec le jeu « naturel » de l'organisation du travail et de la production. Ce « laisser-faire » proprement libéral nous a permis de constater avec Marx que l'instruction obligatoire repose d'entrée de jeu sur un mécanisme de conservation de la force de travail des enfants ainsi que la mise à disposition d'un prolétariat libéré du travail familial. Ce constat nous allons le faire aussi dans les chapitres subséquents.

Le cas de l'enfant différent permet de maintenir visible la ligne de partage du travail de reproduction social entre l'État et ses institutions, la famille et le Capital. Les interactions entre ces trois pôles de pouvoir vont évidemment évoluer de manière significative jusqu'à la mise en place du dispositif de diagnostic de T.D.A.H., mais les paramètres que nous avons décrits et la manière de structurer les conditions de possibilité de l'instruction obligatoire demeurent encore aujourd'hui présents. La recherche d'équilibre entre ces acteurs sera

constante et déterminée par le développement des formes que prend ce que Foucault appelle le savoir-pouvoir. À travers le temps, cet équilibre prendra des formes différentes selon le contexte historique. Ce que nous avons exposé, c'est le contexte qui voit naître l'école publique qui provoque l'apparition de l'enfant différent en plus de rendre possible l'intervention sur ce dernier. Nous avons exposé les tensions à travers lesquelles cette intervention prend place tout autant que l'importance de la médecine dans le développement de cette dernière.

C'est par le concours de différentes sciences, en premier lieu la médecine, que vont apparaître de nombreux motifs au nom desquels l'État pourra intervenir sur la population scolaire. Ces nouvelles connaissances vont s'inscrire dans la démarche réflexive de l'État pour en modifier les paramètres et le dénouement. Ce qui apparaît clairement à la suite de notre démonstration c'est que l'école va servir d'espace où se construira un dispositif biopolitique fournissant les bases matérielles veillant à produire l'organisation sociale. Les stratégies qu'il va mettre en place restent, comme on le verra, entièrement déterminées par le contexte dans lequel il s'est construit, c'est-à-dire tiraillées entre l'autorité parentale, l'intervention de l'État libéral et les impératifs de production liés au régime capitaliste. C'est ce que nous examinerons dans les prochains chapitres de manière à exposer comment la biopolitique va articuler ce travail de reproduction sociale essentiel.

Chapitre 3 : Généalogie de la biopolitique dans l'institution scolaire québécoise

« L'heuristique de la recherche consiste ainsi à utiliser la généalogie comme méthode pour saisir le présent. Insistons sur la double perspective : l'expérience de l'enfance comme porte d'entrée dans la modernisation du Québec; le passé (de l'enfance) comme forme de la longue durée toujours vivante et active dans le présent de l'imaginaire québécois. »

Turmel, 2013 : 13.

Le contexte politique de la mise en place de l'instruction obligatoire au Québec

Comme nous l'avons démontré dans le chapitre précédent, la mise en place des institutions d'enseignement s'inscrit dans une nouvelle forme de rationalité pour l'État libéral. En Angleterre et en France, la mise en place de l'instruction obligatoire se fait au tournant du XX^e siècle et c'est à ce moment que différents champs de savoir font leur apparition dans le milieu scolaire (Rose, 1985; Turmel, 2008). Avant le développement du système d'éducation, la gestion de l'enfance s'effectue principalement dans les familles, elle restera donc une affaire largement privée. En 1840, le nombre d'écoles au Bas-Canada est estimé à 800 alors que le taux de fréquentation de celles-ci par la population est d'environ 30 %. On ne sait d'ailleurs pas si cette fréquentation est assidue puisque les statistiques ne tiennent pas compte de l'abandon des élèves après le début de l'année scolaire (Tardif, 2013 : 14). Le contexte européen des années 1850 à 1900 est largement en avance sur ce qui se passe au Canada et en particulier au Québec, où l'industrialisation et l'urbanisation sont loin d'être réalisées.

De 1840 à 1867, le système politique du Canada est le théâtre de l'affermissement du pouvoir colonial anglais. Les troubles politiques qui accompagnent la conquête anglaise mèneront à la révolte du mouvement patriote (1837-38) et feront en sorte que les relations entre les autorités politiques et la population francophone vont être tendues. Ce contexte participera à rendre le développement de l'école par l'État suspect et très difficile. Le Québec d'alors est administré par un Conseil spécial dirigé par le gouverneur Sydenham, premier gouverneur de la province. C'est lui qui succède à Lord Durham et qui doit mettre

en place les suites de l'Acte d'Union en 1840. Il s'applique à mettre en place des pouvoirs municipaux qui vont servir de structures administratives favorisant l'union du Haut et du Bas-Canada dans une entité politique et sociale homogène. Comme l'espérait Durham, il fallait tirer la population canadienne vers la civilisation et la modernité : « Les institutions de France durant la colonisation du Canada étaient peut-être plus que celles de n'importe quelle autre nation d'Europe propres à étouffer l'intelligence et la liberté du peuple » (Durham, 1838). Il fallait donc que le pouvoir politique s'appuie sur un projet d'instruction publique pour arriver à faire naître les Lumières dans cette population jusqu'alors inféodée à l'ordre colonial qu'il entend dépasser.

Le gouverneur va mettre en place la loi scolaire, en 1841, et il va charger Charles Mondelet d'écrire une série de lettres aux journaux afin de promouvoir la loi auprès des élites francophone et anglophone de l'époque. Le contexte de la conquête donne à l'action étatique un caractère suspicieux, il faut donc défendre l'idée à travers des publications. D'autant que toute action politique entraîne des coûts importants qui doivent être financés par l'impôt. Il faut en appeler à la bienveillance de l'élite bourgeoise pour financer de tel projet. L'objectif de cette loi est « ... l'anéantissement des distinctions nationales et des préjugés de race » (Audet, 1971 : 37). Le projet du gouvernement colonial vise à mettre sur pied un système scolaire unifié pour assurer la production de sujets anglais capables d'être à la hauteur de ce statut.

La mise en place d'un réseau incombe au surintendant de l'Éducation, le docteur Meilleur, qui rencontre très tôt des problèmes dans son entreprise (Valiquette, 2014). Le clergé lance une série d'initiatives de boycottage, l'Église joue un rôle clé dans cette résistance politique et cette lutte de pouvoir. L'enjeu se joue au bureau des examinateurs qui a le droit d'accréditer l'enseignant et de lui donner droit de pratique. Le bras de fer s'étire et la résistance envers les écoles d'État va être une véritable lutte politique qualifiée de « guerre des éteignoirs » (Audet, 1971 : 59). Le docteur Meilleur tente de convaincre les notables francophones du bien-fondé de la mise en place d'un système d'instruction publique par l'État. Une révision de la loi en 1946 permet de clarifier comment ces écoles vont être financées.

Elle établissait des écoles communes; les devoirs des commissaires et les droits des minorités étaient précisés, mais surtout « elle détailla longuement les modalités d'évaluation foncière et des cotisations à prélever pour le soutien des écoles » et de nombreuses autres initiatives comme, pour Montréal et Québec, un bureau d'examineurs en deux départements selon les croyances religieuses pour le choix des instituteurs (Valiquette, 2014 : 22).

Ni Meilleur ni le gouverneur n'arrivent à obtenir de soutien, les résistances populaires s'organisent contre la loi scolaire de 1846 qui établit des écoles communes (Audet, 1971; Valiquette 2014).

L'organisation d'un système scolaire d'envergure ne pourra être envisagée tant que ne sera pas résolue la question de qui va faire tout ce travail social. L'Église québécoise est à cette époque la mieux positionnée en tant que machine sociale pour prendre sur elle-même ce travail biopolitique qui reviendra plus tard, comme nous le verrons, au réseau de l'Éducation. La question de savoir qui octroie le droit de pratique d'enseignement est tranchée par une délégation presque totale de ce pouvoir vers les communautés religieuses. En plus de se voir déléguer la fonction d'établir des examineurs qui devront habilitier des individus à enseigner, « le clergé obtient le droit de regard dans le choix des manuels scolaires traitant des sujets religieux et moraux... » (Lamonde, 2000: 291). C'est une solution pour acheter la paix sociale, notamment envers l'élite conservatrice et religieuse canadienne-française (Audet, 1971; Mellouki, 1989; Tardif, 2013).

En plus de ces résistances culturelles et religieuses, la question du financement est aussi un enjeu majeur. Une partie de l'élite canadienne-française craint une levée de taxes pour financer l'école. Le régime anglais n'a que très peu de moyens financiers pour arriver à mener à bien l'entreprise de scolarisation des enfants francophones au Québec. En effet, la taxation prélève essentiellement chez la population plus riche et majoritairement anglophone qui voyait d'un mauvais œil l'idée de financer les écoles francophones (Tardif, 2013 : 17). C'est encore une fois la fibre morale de l'élite bourgeoise que l'on tente de toucher pour convaincre de financer l'entreprise éducative. Audet rapporte comment le surintendant Meilleur doit contourner les règles de financement pour arriver à soutenir

l'implantation de nouvelles institutions puisque la levée de taxes demeurait une entreprise difficile. Meilleur affirme :

... je fis de mon côté ce que je leur [les commissaires d'école] avait promis et j'obtins une somme de £ 20 pour chaque école mentionnée dans les rapports que j'avais reçus, quelquefois même dans de simples lettres de la part d'hommes instruits et amis de l'éducation (Meilleur dans Audet, 1971 : 58).

L'amitié de l'homme envers le savoir est le prolongement de ce que nous évoquions plutôt chez Smith avec la « disposition morale propre à l'humanisme bourgeois ». Ami de la connaissance, mais surtout la seule source de taxation pour le gouvernement, l'élite libérale se trouve dans une position paradoxale vis-à-vis du développement de l'instruction publique. En plus, il faut trouver le moyen d'instruire « juste assez », car une diffusion large de l'enseignement est perçue comme un facteur de déstabilisation de l'ordre social. Le Dr Meilleur est inspiré des idéaux révolutionnaires américain et français, il défend malgré tout une vision de l'éducation hiérarchique où la connaissance est un facteur d'élévation sociale et où seule une petite élite doit poursuivre des études (Tardif, 2013 : 19). Comme il l'affirme lui-même en 1846 :

[j] e ne voulais pas pour la masse des enfants du peuple, d'une éducation savante et classique, d'une haute éducation enfin, parce que cette espèce d'éducation serait superflue et inutile pour elle, et que la société pourrait plutôt en souffrir qu'en profiter sous les rapports morale et matérielle. [Il fallait donc]... former les uns et les autres pour les professions et les hautes positions de la société. (Meilleur dans Audet, 1971 : 64)

La description du docteur nous permet d'établir la fonction de l'instruction pour le responsable de la mise en place des premières écoles. Elles doivent d'abord répondre à des besoins sociaux utilitaires, l'entreprise éducative doit éviter d'être contre-productive et de produire des troubles. Meilleur souligne d'ailleurs qu'il vaut mieux en avoir peu et qu'elles soient bonnes que d'en avoir de nombreuses qui soient mauvaises (idem : 59). La modestie des moyens biopolitiques, c'est-à-dire des connaissances et des savoirs propres à organiser une action sur la population scolaire, ne permet pas au surintendant de l'Éducation d'organiser des services de plus grande ampleur. La question de l'instruction publique va

rester une pomme de discorde entre les religieux et les libéraux qui vont soutenir l'idée que cette dernière doit servir les moyens d'émancipation économique. Ce libéralisme modéré, pour reprendre la formule de Lamonde, place la question ainsi : « La planche de salut dans ce nouveau régime d'Union du Haut et du Bas-Canada réside dans la participation des Canadiens français à la vie économique, commerciale et industrielle » (Lamonde, 2000 : 293). Cette lutte entre les conservateurs religieux et les libéraux dans le milieu de l'éducation va se poursuivre jusqu'aux années 1960.

En 1856, Meilleur publie une section « recommandation » dans le guide de l'instituteur de F-X Valande (Ross, 1969). Ce guide est en fait un résumé de l'ensemble de la matière qui doit être enseignée et deux parties seulement sont écrites sous une autre forme que celle d'un rapport sur la matière à enseigner, il s'agit de l'introduction et d'une section recommandation du Surintendant. Pour Ross, il s'agit d'une entreprise idéologique claire où il définit le rôle de l'enseignant et la place de l'école dans l'équilibre social.

L'éducateur (destinataire de l'idéologie) a pour tâche de former les enfants (objet immédiat) ou la « jeunesse » à des vertus; ces vertus sont la sobriété, l'amour du travail et le « travail éclairé »; ce travail « éclairé » répond à son tour, de quelques manières, à des besoins de la société (objet lointain du modèle d'action scolaire) (idem : 175).

Ainsi, l'école doit être, pour le premier Surintendant de l'Éducation, un outil qui permet à l'État de préparer l'insertion de la population infantile dans le monde du travail. Le travail de Ross établit la portée idéologique de l'entreprise de scolarisation et souligne le fait que les programmes scolaires portent avec eux une vision de la société de demain. Ce que nous avons montré au chapitre précédent demeure donc vrai dans le cas du Québec. Le partage des responsabilités de l'État et du marché du travail dans l'occupation du temps des individus et dans la production de richesse nationale reste dans les mêmes paramètres de la biopolitique que ce que nous avons observé au chapitre 2. L'utilité de l'école pour le développement du marché est une idée bien présente dans l'esprit des dirigeants d'alors et reste un moyen d'intensifier la puissance de l'État en l'arrimant avec le marché du travail.

Chauveau, qui sera le deuxième Surintendant de l'Éducation au Bas-Canada de 1855 à 1867, va défendre l'école et son rôle afin que l'État maximise son pouvoir.

Nulle dépense n'est plus productive au point de vue du revenu public lui-même, que celle qui se fait sur l'instruction publique. L'instruction disséminée dans toutes les classes de la société développe les forces productives et, en donnant à l'homme de nouveaux besoins, en même temps que les moyens de les satisfaire, elle double les ressources de l'État prélevées sur le commerce et l'industrie (Chauveau dans Audet, 1971 : 74).

La dissémination de l'instruction transforme la population et maximise sa productivité. Parce qu'elle n'est pas essentielle du point de vue de la raison d'État, les parlementaires vont hésiter à mettre de l'avant l'obligation de fréquenter l'école. D'ailleurs, les idées défendues par Chauveau vont recevoir très peu d'échos dans le monde politique et plusieurs raisons expliquent ce constat. La volonté de transformer la population et de faire advenir une forme modernisée de société n'est pas compatible avec tous les acteurs impliqués dans la gestion scolaire. La prise en charge de l'enseignement par le clergé et l'influence que possèdent les structures matérielles de l'Église lui permettent de structurer le réseau de l'éducation de la province. Or, le développement économique n'a pas la même définition pour le clergé que pour la bourgeoisie libérale. La vie économique repose sur une organisation familiale du travail où on occupe le temps des enfants dans les champs. « [En] 1871, 77 % de la population du Québec était rurale et 23 % urbaine » (idem : 203). L'éducation doit être développée pour que se concrétise le projet colonial et l'État, impuissant à mener à bien l'entreprise seule, va s'appuyer sur l'Église qui considère ce rôle comme sa mission divine. Le zèle que va démontrer l'Église dans son investissement auprès de la population francophone et de leurs instruments biopolitiques (écoles, hôpitaux) peut être interprété comme un moyen de conserver son poids dans l'organisation ecclésiastique en Amérique.³⁸ Mais il s'agit aussi d'une mission qui s'intègre parfaitement dans la perspective du pastoralat chrétien en tant qu'art de gouverner la conscience et la production de sujets chrétiens. Il s'agit d'une entreprise totalisante qui doit profiter de toutes les occasions pour agir sur ses sujets (Foucault, 2004 : 182). Une chose est certaine, le concours

³⁸ Les évêques francophones voient d'un mauvais œil la création de nouveaux diocèses anglophones au Canada qui pourrait signifier une perte d'influence à Rome (Condignola, Pizzorusso et Sanfillipo, 2011).

des religieux dans l'organisation de l'éducation sera fondamental pour la population du territoire du Québec. L'Église fournit l'occasion de sous-traiter la mission d'éducation en éduquant la population à moindre coût (Tardif, 2013 : 53).

La prise en charge de la population d'enfants du territoire fait de l'éducation et de toutes les infrastructures qu'elle suppose le principal moyen de mettre en œuvre la mission de l'Église. La gouvernamentalité pastorale crée alors des espaces clos pour la subjectivité, « ... un mode d'individuation qui non seulement ne passe par l'affirmation du moi, mais au contraire qui implique sa destruction » (Foucault, 2004 : 183). Le pouvoir pastoral opère dans ce climat où l'obéissance est générale et la soumission est le moyen de se rapprocher de la vérité.³⁹ Le mélange du politique et du monde religieux dans cette mission d'éducation s'appuie sur certaines considérations stratégiques et politiques relevant de la conservation du « peuple canadien » et donc de la place de l'Église canadienne française. Évidemment ce pouvoir pastoral va se transposer dans l'éducation et venir déterminer les modes d'enseignement, les savoirs à transmettre, etc.

L'abbé Langevin va développer sa vision de l'éducation dans son manuel à l'intention des maîtres (1865) où l'enseignant est un moteur de reproduction sociale, c'est-à-dire qu'il doit favoriser la transmission des rôles sociaux associés à une société chrétienne. Malgré tout, l'abbé est convaincu de l'utilité de l'éducation des enfants.

D'ailleurs, dans le temps où nous vivons, l'instruction est si largement répandue, qu'un peuple qui la néglige ne peut éviter d'être en état d'humiliante infériorité. Pour nous particulièrement, Canadiens, qui sont environnés de gens possédant un certain degré d'instruction, il est indispensable de la répandre parmi nous, si nous voulons marcher de pair avec eux (Langevin cité par Ross, 1969: 180).

En voulant « marcher de pair », l'abbé pose la question de l'éducation d'emblée dans une perspective défensive, géopolitique. L'école est le moyen d'éviter l'humiliante comparaison avec d'autres populations environnantes et non pas un moyen d'émancipation de l'individu.

³⁹ Foucault note que le pouvoir pastoral préfigure la gouvernamentalité biopolitique. Il affirme ainsi que « L'État moderne naît, je crois, lorsque la gouvernamentalité est effectivement devenue une pratique politique calculée et réfléchie. La pastorale chrétienne me paraît être l'arrière-plan de ce processus » (Foucault, 2004: 169).

L'idée d'émancipation est d'ailleurs complètement étrangère au pastorat chrétien et à ses modes de gouvernementalité (Foucault, 2004). En plus de cette disposition stratégique, la mission éducative va disperser un ensemble de prédicats moraux, permettant d'instaurer un champ de mérites et de démérites en fonction desquels les individus pourront analyser leurs conduites. En occupant les fonctions clés dans l'organisation de l'instruction, le clergé a des effets hégémoniques sur la biopolitique (Audet, 1971; Mellouki, 1989; Tardif 2013).⁴⁰ Audet souligne le fait que le modèle social que promeut l'Église s'appuie sur la vie rurale et la colonisation du territoire, ce qui laisse peu de temps à l'éducation et à la socialisation des enfants. En plus, les parents ont des réticences à envoyer leurs enfants à l'école. L'horizon économique bouché et le fait que la poursuite des études entraîne des coûts importants sont des facteurs essentiels à ces choix (Tardif, 2013). L'autarcie qui découle du modèle de l'Église pose cependant des enjeux stratégiques pour le pouvoir politique qui doit composer avec un espace et des relations ouvertes sur le monde.

En 1867, la création d'un « ministère » de l'instruction publique qui sera mené par le premier ministre Chauveau. Deux ans à peine suffiront pour que ce dernier soit aboli sous la pression des conservateurs ultramontains, « on passe d'un ministre élu et responsable devant l'Assemblée législative à un surintendant non responsable publiquement, mais exécutant des décisions des Comités catholique et protestant de l'Instruction publique » (Lamonde, 2000 : 372). Quelques années plus tard, à partir de 1875, des querelles sur l'instruction obligatoire surgissent. La première initiative parlementaire est celle du Dr Tancrède Boucher de Grosbois, qui dépose un projet de loi visant à ce que l'État assure « une meilleure assistance aux écoles publiques » (Audet, 1971 : 248). Le projet sera battu à 55 voix contre et 7 pour. La formulation timorée du projet de loi, qui est loin de mettre en avant le besoin de voir l'État « prendre en charge » l'organisation d'un réseau public, montre comment se positionne le député qui sait que la majorité en chambre est réfractaire au projet. Pour les détracteurs de l'École publique obligatoire, la possibilité que l'État puisse porter assistance à l'enfant ouvrirait la porte à une entreprise idéologique inacceptable

⁴⁰ Le réseau anglophone échappe à cette pastorale catholique et va promouvoir plus rapidement l'intégration des sciences dans le milieu scolaire et l'apparition de nouveaux modes de vérification, marquant ainsi une rupture biopolitique avec le monde scolaire francophone.

(Audet, 1971; Lamonde, 2000). L'instruction des enfants est une affaire personnelle qu'il faut respecter.

Les défenseurs d'une intervention de l'État sur ces enjeux font face à des opposants féroces qui seront liés, de près ou de loin « ... à l'influence décisive du clergé sur l'éducation et à la peur morbide de tout ce qui pouvait avoir l'apparence de l'anticléricalisme qui prévaut à cette époque en France » (Audet, 1971 : 256). Les acteurs réfractaires au projet vont appuyer leur argumentaire sur le danger de l'école en ce qui a trait aux croyances religieuses et aux désordres potentiels pour la société. Par exemple, la conclusion d'un débat sur l'opportunité de mettre en vigueur l'instruction obligatoire nous informe de la teneur de l'argumentaire contre la mise en place de cette loi. « L'État ne possède pas ce droit parce que les connaissances purement profanes ne sont essentielles ni au bonheur des individus, ni à la sécurité de l'État, ni à la conservation de la société civile » (Tardivel dans idem : 248). Cette mainmise de l'Église profite du fait que, d'un point de vue stratégique, l'État n'a ni les moyens de mettre en place un dispositif biopolitique ni les besoins que l'éducation soit développée davantage. Le contexte économique explique en grande partie la position des parlementaires sur la question. Malgré tout, les suites des lois de 1841 et 1846 vont permettre de voir baisser le taux d'analphabétisme dans les trois décennies qui vont suivre leur promulgation grâce à la multiplication des écoles, des moyens d'impression et de circulation de l'information (Lamonde, 2000 : 430).

En 1900, on dénombre au Québec environ 5500 écoles, fréquentées par 75 % de la population (Tardif, 2013). Il est clair que les statistiques officielles sont optimistes : elles ne tiennent pas compte de l'abandon scolaire ni de la fréquentation partagée avec les travaux à la maison. La présence scolaire est très variable et se prolonge rarement chez les enfants francophones. Ces statistiques surévaluent le taux de scolarisation qui serait plus bas dans la pratique (Audet, 1971; Mellouki, 1989; Tardif, 2013). La persévérance scolaire moyenne dans ces années ne dépasse guère 5 ans et seuls quelques individus poursuivent leurs études dans les collèges classiques qui comptent entre 20 et 45 établissements (Tardif, 2013: 14). Cependant, le développement des statistiques scolaires, notamment sur la fréquentation, est très peu développé avant les années 1960 (Duval, Tardif et Gauthier,

1995 : 6). D'ailleurs, au début des années 1920, une polémique va éclater alors que le principal d'une école anglophone de Montréal Orrin Vincent reprochera à l'inspecteur général des écoles du Québec, C-J Magnant, de surévaluer les statistiques de fréquentation (Audet, 1971 : 254).⁴¹ Cette polémique s'inscrit dans un courant de revendications de l'élargissement de l'instruction obligatoire, qui a l'ambition de faire de l'éducation un moyen d'émancipation des individus et d'évolution de la société. Il affirme :

Indeed, some politicians had been so ignorant to imagine the percent of attendance meant the ratio between the census and the attendance, whereas it always means the ratio between enrolment and attendance. Half the children in a district might be unenrolled and yet the percent of attendance would betray no clue to this. (Vincent dans idem : 128).

L'instructeur général lui réplique dans un livre où les défenseurs de l'instruction publique obligatoire seront décrits comme un danger pour la stabilité de la société et de ses élites. « L'Histoire nous apprend, l'instruction obligatoire, puis l'école obligatoire ont été inventées dans les loges maçonniques et sont devenues aux mains des ennemis des traditions catholiques de la France des armes perfides et puissantes » (Magnant dans idem : 254). Il y a une lutte entre des sources de savoir provenant de la religion et des sources provenant de la science qui sont clairement combattues par les personnes en autorité. L'instructeur général, qui jouit du statut d'un haut fonctionnaire de la province, confie, au moment d'une rétrospective sur son œuvre : « Au sommet de ma carrière, descendant déjà vers le couchant, je puis rendre le témoignage d'avoir toujours combattu le rationalisme et le matérialisme dans les méthodes et les procédés d'enseignement, de même que les écoles neutres, d'où Dieu et l'Église sont bannis » (Magnant dans Mellouki, 1989: 70). Le haut fonctionnaire peut défendre cette position au début des années 1900 parce que le contexte politique et économique n'a pas modifié la manière dont peut s'accroître la puissance de l'État. L'économie rurale et l'occupation du territoire sont les deux paramètres qui déterminent la rationalité de ce dernier. Examinons maintenant la manière dont cela va se matérialiser dans la structure des savoirs qui organisent le champ scolaire entre

⁴¹ Les statistiques officielles, parce qu'elles ne tenaient compte que de l'inscription des étudiants et non de la persévérance, avaient tendance à indiquer un taux de scolarisation plus élevé que dans la pratique (Audet, 1971; Mellouki, 1989; Tardif, 2013).

l'apparition des premières lois sur l'école en 1841 et l'avènement d'une loi sur l'instruction obligatoire en 1943.

Étude des structures de savoir à l'école : pouvoir pastoral et pédagogie chrétienne

Dans cette section, nous abordons la manière dont les sciences de la psychologie, de la pédagogie et de la médecine vont se matérialiser, en devenant des forces productives d'idées qui, *in fine*, vont déterminer la manière dont l'enseignement sera appréhendé tout en transformant les moyens qui vont servir à remplir cette mission. La présence de l'Église dans l'organisation du système d'éducation aura des conséquences sur les programmes d'enseignement. Comme l'a montré la thèse importante de Mellouki (1989) sur l'histoire de la lutte entre les libéraux et les conservateurs dans la mise en place des programmes de formation, ces derniers ont des fonctions idéologiques connues et assurent une production de savoir et des modes de gouvernamentalité conformes à la vision du monde des acteurs hégémoniques. « Pour la période qui s'étend jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les trois piliers de l'enseignement au chapitre du discours éducatif relatif à la formation des maîtres seront la religion, l'agriculture et la nation » (Hamel, 1995 : 302). La formation des professeurs est d'ailleurs peu développée : il y a la voie de l'école normale qui permet d'avoir un brevet d'enseignement, mais il est aussi possible de passer directement un examen au bureau des examinateurs. De 1846 à 1939, il s'agit des deux moyens d'accession à la profession d'enseignant. Afin de favoriser l'embauche rapide servant à combler le manque de personnel, il existe une façon de se faire attribuer un brevet d'enseignement en passant par la voie du bureau des examinateurs, où un simple examen permet d'avoir accès à la profession. Les critères de sélection sont révélateurs de la tâche qui attend l'enseignant, alors qu'on ne vérifie pas systématiquement le niveau d'instruction des candidats, mais qu'on exige un certificat de moralité délivré par un prêtre ou un ministre du culte. Cette exigence s'applique seulement aux laïcs, les religieux n'ont pas à produire ce document et dès 1846 ils seront exemptés de l'examen du bureau des examinateurs (Hamel, 1995; Lamonde 2000). Les femmes, qui représentaient la majorité de la profession, quittent le plus souvent au moment de leur mariage ce qui crée des effets de pénurie. La stabilité du réseau scolaire va donc être possible grâce aux religieux.

Formant 5 % de l'effectif d'enseignants dans les années 1830, les religieux et les religieuses en formeront près de 45 % en 1900. Cette proportion se maintient ou augmente légèrement tout au long de la première moitié du XXe siècle, avec une pointe à 49,2 % en 1940 (Thivierge, 1981 : 39).

En plus de remplir les fonctions de base nécessaires à l'édification d'un réseau d'éducation de plus en plus important, l'Église occupe des fonctions stratégiques dans le réseau.

(...) Le personnel religieux a également des privilèges par rapport aux laïcs; par exemple, les postes de direction d'école lui sont réservés. (...) Cette cléricatisation est encore plus forte à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie scolaire et administrative. Les évêques catholiques dominent complètement le haut de la hiérarchie et le surintendant applique en général leurs directives et leurs conceptions (Tardif, 2013 : 26).

L'intrication du politique et du religieux souligné par Tardif est cruciale pour comprendre la manière dont les régimes de savoir vont circuler et structurer le champ de l'éducation. L'Église dispose littéralement, selon Hamel, de la mainmise sur l'appareil éducatif de l'État.

L'Église domine au moyen du Comité catholique et de ses communautés religieuses, l'ensemble de la gestion administrative et pédagogique de l'appareil scolaire, alors que l'État, par le Département de l'instruction publique, se contente de jouer un rôle supplétif et de coordonner l'organisation du système éducatif, sauf dans le cas des écoles normales d'État qu'il finance presque entièrement (Hamel, 1995 : 324).

Cette mainmise va largement déterminer le type de pédagogie qui est pratiquée. Celle-ci demeure réduite à quelques méthodes qui reposent sur la répétition et l'apprentissage par cœur, tandis que l'instruction morale et religieuse demeure au centre du projet d'instruction publique, la religion étant « ... à la limite, un substitut de toutes les autres disciplines » (Duval, 1963 : 202). Bien que ces méthodes s'appuient essentiellement sur l'observance de certains modèles à reproduire, elles font circuler un ensemble d'images et de représentations qui vont s'inscrire dans une analytique du sujet. Comme le dit Foucault, le pastoral précède la gouvernamentalité biopolitique « ... par la constitution si spécifique d'un sujet, d'un sujet dont les mérites sont identifiés de manière analytique, d'un sujet qui

est assujetti dans des réseaux continus d'obéissance, d'un sujet qui est subjectivé par la vérité qu'on lui impose » (Foucault, 2004 : 188).

Le pouvoir pastoral va malgré tout laisser entrer en son sein le savoir qui va permettre l'émergence de la gouvernementalité biopolitique de manière lente, mais certaine. La pédagogie, une discipline phare pour l'introduction de la gouvernementalité dans l'appareil scolaire, apparaît pour la première fois dans le tableau synoptique des matières à l'examen du bureau des examinateurs en 1888. Elle « n'y figure qu'à titre de matière, parmi un groupe de spécialités intitulées "Connaissances diverses" » (Hamel, 1995 : 179). L'émulation est le principal moteur du processus d'apprentissage et c'est pourquoi la place de l'enseignant est centrale et laisse peu de place à la liberté de l'élève. La conception du rôle de l'enseignant et les méthodes qu'elle a permis de développer reposent toutes sur une compréhension de la psychologie s'inscrivant dans la tradition de la philosophie ancienne et chrétienne (Mellouki, 1989 : 76). La première fonction de l'éducation est d'assurer la formation morale des enfants, l'entreprise pédagogique s'y résume le plus souvent. La chose n'est pas tellement différente à la maison d'ailleurs, notant un adoucissement de la discipline et l'abandon progressif de la violence, Cliche (2007) montre cependant que des années 1850 à 1919

... le moralisme et l'austérité prédominent dans les conseils aux parents. Pendant toute cette période, seuls trois auteurs, parmi ceux qui écrivent dans les revues familiales, recommandent de ne jamais frapper les enfants. Dans les revues pédagogiques, un plus grand nombre d'entre eux demandent l'abolition de la fêrle à l'école, mais recommandent parfois son maintien à la maison (42).

Répétitions et punitions, l'éventail pédagogique est donc bien mince. D'ailleurs, Tardif se montre critique de l'absence de pédagogie et souligne le manque de préparation des enfants dans un milieu scolaire qui n'encourage pas l'autonomisation de ces derniers. La scolarisation « mise encore et toujours sur les forces de l'obéissance et de la soumission pour mater les ardeurs juvéniles et bien les tenir en laisse » (Tardif, 2013 : 44).

La situation des écoles au Québec à cette époque est particulière car, en son enceinte, cohabitent des enfants de tous âges. D'un simple point de vue pragmatique, l'enseignement

simultané à tous ces niveaux différents rend difficilement praticable quelconque entreprise de pédagogie active qui placerait l'enfant au centre de son apprentissage, d'autant que la fréquentation est souvent ponctuée d'absences pour le travail à la maison. L'enfant est ainsi considéré à partir d'un point de vue téléologique et jugé en fonction de sa capacité à se conformer à l'image que l'on attend de lui, les attentes sont donc claires : il suffit de se conformer à l'image attendue. L'enseignement opère par sédimentation :

L'enseignant, véritable maître d'œuvre, y devient le transmetteur d'une culture centrée sur l'apprentissage d'un bagage de certaines connaissances jugées essentielles aux générations futures. (...) De plus, on privilégiera longtemps la méthode concentrique, qui consistait à graduer le programme selon le niveau scolaire des élèves. Ainsi, d'une année à l'autre, chaque groupe étudiait les mêmes matières, quoique d'une façon différente au fil de la progression dans le cours. (...) Les savoirs « s'accumulaient » ainsi, du plus sommaire au plus complexe selon le nombre d'années d'apprentissage effectuées (Hamel, 1995 : 311).

Cette méthode ne permet pas de développer des aptitudes réflexives chez l'enfant, tout au plus, développe-t-elle les facultés de récitation et d'imitation. Il s'agit là d'une forme particulièrement intense où « ... l'on a une sorte de champ généralisé de l'obéissance qui est caractéristique de l'espace dans lequel va se déployer les rapports pastoraux » (Foucault, 2004 : 182). Dans le cas qui occupe la thèse, ce mode de gouvernementalité va évidemment avoir des conséquences sur la gestion des cas d'enfants qui n'arrivent pas à s'intégrer au régime scolaire normal. La correction physique est à l'honneur et l'expiation des tendances déviantes passe par la discipline du corps. Il n'est pas question de transmettre quelques marques d'affection à un enfant, cela pourrait entraîner la corruption de son âme en attisant des pensées impures ou en favorisant le développement d'une attitude capricieuse (Cliche, 2007). En 1843, au moment de la discussion de la création d'écoles de réforme qui permettraient de sortir les enfants des prisons pour adultes, le député Dunlop déclare : « Il n'y a qu'à fouetter ces enfants et les envoyer au lit » (ibid : 36). À en croire le député, la différence de ces enfants viendrait d'un manque de discipline.

Bien que, de manière générale, l'éducation soit dévolue à l'Église, les hommes politiques d'alors commencent à envisager la possibilité d'intervenir dans les circonstances où

l'émancipation des enfants est en jeu. En 1875, Honoré Mercier affirmait qu'il aurait « ... voulu parler de réformes qu'il y a à faire dans notre système d'éducation, des mesures qu'il importe d'adopter (...) si le temps ne viendra pas bientôt où il faudra punir le gardien de l'enfant qui se montre indifférent à son instruction » (Audet, 1971 : 247). Mercier envisage de transgresser la limite juridique que se donnaient ses prédécesseurs où le pouvoir de l'État ne doit pas se substituer au pouvoir des parents sur leurs enfants. Le cas évoqué est évidemment particulier et il s'agit d'intervenir pour pallier la négligence des parents. S'ils n'assurent pas une intervention suffisante pour que leur enfant ait un futur, le « système d'éducation » prend en charge le devenir de l'enfant laissé pour compte. La situation particulière paraît justifier l'extension du pouvoir de l'État, la négligence des parents ayant trop de conséquences par la suite.

Ce n'est qu'avec l'apparition des sciences modernes mises au service de la pédagogie et le développement de dispositifs de gouvernementalité que l'enfant est envisagé comme un être actif et responsable de son apprentissage. Il s'agit d'une rupture fondamentale dans la production des savoirs qui structure l'éducation et les pratiques d'enseignement. Cette percée des sciences modernes s'observe avec l'intégration de la psychologie dans la formation des maîtres, notamment dans les écoles normales. Déjà en 1916, la psychologie apparaît dans les manuels de pédagogie de Mgr François-Xavier Ross (Tardif, 2013 : 73). Mgr Ross est un religieux « progressiste » en matière de discipline envers les enfants. L'intérêt qu'il porte à la psychologie n'est pourtant pas dénué de stratégie. « Si nous n'avions pas tant d'échines souples qui relèvent des âmes d'esclaves, les droits de la race canadienne-française seraient moins compromis » (Cliche, 2007 : 41). Dans le manuel de formation dédié aux maîtres, Mgr Ross souligne l'importance de l'enseignement de l'agriculture pour assurer la continuité de la société. Encore une fois, il s'agit d'enjeux stratégiques pour préserver l'ordre social rural promu par l'Église. « Au point de vue patriotique et social, cette orientation donnée à l'école contribuera à enrayer l'un des pires fléaux dont souffre notre population agricole : la désertion des campagnes comme conséquences du discrédit dans lequel le cultivateur tient sa profession » (Ross, 1969 : 186). L'influence sur les programmes de formation des maîtres de son manuel se fera cependant sentir plus tard, dans les années 1930 (Mellouki, 1989).

En 1921, l'État québécois adopte une loi sur l'assistance publique qui devait permettre l'instruction des enfants aux prises avec des handicaps. C'est à partir de ce moment que vont commencer à se développer des services d'éducation adaptée, notamment dans la commission scolaire catholique de Montréal où des classes spéciales seront mises en place au milieu des années 1920 (Horth, 1998). En 1926, l'Université de Montréal va inaugurer l'École d'hygiène sociale appliquée, qui opère les premières tentatives de promouvoir la mise en place de mesures d'hygiène publique. En 1929, le comité d'hygiène mentale du Canada voit le jour en ayant pour but de mettre en place des classes spéciales pour les enfants anormaux. « Dès ses débuts, explique le docteur J.-A. Beaudoin, l'enseignement de l'hygiène physique et mentale visait deux principaux buts intimement liés : la préservation de la santé, vue comme capital humain précieux, et la croissance de la nation francophone » (Mellouki, 1989 : 148). La mise en place de ces institutions fut suivie de conférences qui eurent lieu à l'Université Laval dans les années 1930, où le chanoine Jeanjean tente d'éveiller l'opinion publique à la question des déficients mentaux éducatibles (Audet, 1970 : 309). Quelques pionniers ont bien tenté d'intégrer les « enfants exceptionnels » (nom donné à tout enfant qui n'était pas « normal », du surdoué aux handicapés physiques, en passant par les déficients mentaux), mais leurs moyens demeurèrent limités, ainsi que leur succès (Duval, Tardif et Gauthier, 1995 : 10). Les soins réservés aux différentes catégories de l'enfance exceptionnelle s'inscrivent dans une logique asilaire où l'on retire les enfants pour les regrouper dans des milieux fermés (crèches, orphelinats, école de la protection de la jeunesse, écoles pour les déficients mentaux éducatibles, etc.). Dans le cas de ces enfants, il est évident qu'ils ne peuvent pas espérer rencontrer les modèles portés par les programmes à l'étude. Il s'agit d'un défi qui force à réfléchir aux modèles d'enseignement.

L'institutionnalisation de l'hygiénisme mental favorise la formation de plus en plus de professionnels qui voient la crédibilité de leur profession gagner en importance. En effet, l'impact de ces nouveaux acteurs sociaux sur les discours disciplinaires sera important. Les psychologues vont permettre de développer un contre discours à celui tenu par l'élite religieuse, par certains médecins, et largement répandu dans les revues familiales et pédagogiques. Cliche (2007) note d'ailleurs que le principal changement à la fin des années 1920 dans les idées sur la discipline, véhiculées dans les revues d'alors, vient de ces

nouveaux professionnels « ... qui insistent sur les conséquences désastreuses de l'éducation répressive et des punitions corporelles » (130). Cette introduction de la psychologie dans la formation pédagogique transforme le rôle du professeur face à son élève.⁴²

Ce n'est que dans les années 1930 que la lutte entre religieux et libéraux va perdre de la vigueur en matière d'éducation, alors que le Pape Pie XI, dans son *Encyclique sur l'éducation chrétienne de la Jeunesse* va reconnaître le devoir de l'État d'intervenir en cas d'insuffisance dans la mission de l'Église en éducation. La prise en charge de l'instruction de la population francophone du Québec par l'Église a évidemment des conséquences sur la manière dont seront intégrées les différentes théories de la pédagogie. Cette intégration est au cœur d'une lutte pour la définition de l'enfant dans laquelle une vision religieuse des enfants prédomine dans les écoles.

Sur le plan des idéologies pédagogiques, les programmes-catalogues proposent en général une vision de l'enfance comme étant celle d'un état à corriger et à redresser. Cette vision pré-rousseauiste est conforme à la pédagogie catholique traditionnelle, qui voit l'enfant à partir de l'adulte à former : selon une vision typiquement aristotélicienne et thomiste, c'est l'adulte pleinement développé qui s'impose à l'enfant comme modèle moral et intellectuel auquel il doit apprendre à se conformer (Tardif, 2013 : 51).

L'Église s'oppose à une modernité qui repose sur une conception anthropologique rousseauiste où l'enfant serait bon en soi et qu'il ne faudrait qu'appuyer ses expériences pour lui permettre d'apprendre. Au contraire, il y a quelque chose du malin chez l'enfant et le Vatican tente de se montrer clair sur la question. Comme l'affirmait le Pape Pie XI dans son *Encyclique* :

Est donc faux tout naturalisme pédagogique qui, de quelque façon que ce soit, exclut ou tend à amoindrir l'action surnaturelle du christianisme dans la formation de la jeunesse; erronée toute méthode d'éducation qui se base, en tout ou en partie, sur la négation ou l'oubli du péché originel ou du rôle de la grâce, pour ne s'appuyer

⁴² Selon les dossiers sur des questions de violence envers les enfants portés à l'attention de la Cour des jeunes délinquants et de la Cour de bien-être social de Montréal, entre 1912 et 1965, il est à noter que les cas de sévices physiques chez les jeunes garçons âgés de 6 à 12 ans sont bien plus nombreux que ceux chez les filles. Cliche explique avec une formule poétique « les espiègleries de petits diables qui sont moins dociles que leurs sœurs... » (2007 : 57).

que sur les seules forces de la nature. Tels sont, ordinairement, *ces systèmes modernes*, aux noms divers, qui en appellent à une prétendue autonomie et à la *liberté sans limites* de l'enfant, qui réduisent ou même suppriment l'autorité et l'œuvre de l'éducateur, en attribuant à l'enfant un droit premier et exclusif d'initiative, une activité indépendante de toute loi supérieure, naturelle ou divine, *dans le travail de sa propre formation* (Divini Illius Magistri, 2015).

L'Église veut résister à l'entrée des sciences empiriques dans le champ scolaire, la psychologie étant systématiquement présentée qu'après une réappropriation bienveillante et une reformulation en accord à la doctrine officielle. La place fondamentale qu'occupent les religieux favorise le déploiement de la doctrine de l'Église en ce qui a trait à l'éducation et celle-ci marque profondément les choix des méthodes pédagogiques.

Des mouvements européens comme celui de l'*éducation nouvelle*, qui compte quelques figures comme Maria Montessori, proposent une vision en rupture avec les pratiques éducatives des enfants de son époque. Inspiré par les idées de Jean-Jacques Rousseau sur l'enfance, où l'enfant est bon par nature, ce mouvement proposait de veiller à développer les enfants à partir de sa propre expérience et de ses propres intérêts. Le modèle disciplinaire largement répandu cohabite avec ces autres modèles d'éducation encore très peu répandus. Cliche (2007) défend l'idée que l'encyclique de Pie XI est une réponse directe à ce mouvement. En 1931-1932, soixante classes auxiliaires offrent des services pour des « arriérés pédagogiques » dans trente-deux écoles au Québec (Horth, 1998). Ces initiatives ciblées modifient déjà les schémas traditionnels dans les pratiques pédagogiques parce que l'adaptation à l'enfant est une exigence *sine qua non* pour arriver à lui faire apprendre quelque chose. Dans les années 1930, Claudine Vallerand fonde une maternelle au Québec où elle applique les principes d'une pédagogie active. Son entreprise s'élargit dans les années 1940 avec la fondation de l'École des parents du Québec. Il s'agit des premiers exemples d'institution qui intègre un autre mode de gouvernementalité, en les appuyant sur la liberté de l'individu et non pas sur la soumission (Cliche, 2007 : 166).

Dans les années 1940, la multiplication des moyens de communication et des émissions offrant du contenu pédagogique et traitant de la famille donne l'impression, comme l'explique Cliche, que la famille vit une crise existentielle ce qui explique la persévérance de

certaines revues traditionalistes à défendre leur vision de la famille (idem : 156). D'ailleurs, un changement épistémique important se produit à ce moment dans les discours sur l'éducation dans l'ensemble des revues pédagogiques (1940). « Avant 1940, l'éducation était habituellement définie comme la "formation" de la volonté et de la personnalité de l'enfant (...). À partir de cette date, on parle plutôt du "développement" et de "l'épanouissement" de l'enfant » (idem : 167).

Même si, dans l'édition de 1916 de son manuel de pédagogie, Mgr Ross donnait une place à l'enfant, ce n'est vraiment qu'en 1948, avec le manuel de pédagogie de Roland Vinette, que l'enfant est réellement placé au centre de son apprentissage. Il s'agit d'un tournant essentiel, selon la plupart de chercheurs qui s'intéressent à l'introduction de la science à l'intérieur de l'entreprise d'éducation. La complexité de l'ouvrage marquera un point jusqu'alors inégalé dans les idées qui vont guider l'intervention sur la jeunesse.

Les notions psychologiques, qui chez Mgr Ross se traduisaient en principes pédagogiques fortement teintés de savoir moral, prendront chez Roland Vinette une tout autre direction. Dans son traité de pédagogie générale, des sources d'inspiration fort diversifiées, intégrant la théologie, la philosophie, la sociologie, la biologie et l'histoire de la pédagogie nourriront sa doctrine pédagogique qui fera intervenir de plus en plus les sciences humaines. (...) Dépersonnalisé, le discours s'éloignera des normes concrètes reliées à des comportements descriptifs pour s'inscrire dans une philosophie de l'homme et de son développement, dans une société qui se complexifie de plus en plus (Hamel, 1995 : 309).

Les changements vont d'ailleurs se produire de manière très inégale. Les écoles situées dans les centres urbains vivront des changements plus rapides que celles situées dans les campagnes. C'est ainsi que Tardif fait le portrait d'une

École publique caractérisée par de puissants phénomènes de hiérarchisation et de ségrégation des élèves en fonction de leur sexe, de leur langue, de leur religion de leur situation socioéconomique, de leur situation géographique. Tout au long du XIXe siècle et durant une bonne partie du XXe siècle, l'école québécoise restera fondamentalement une école divisée, une institution d'exclusion qui fonctionnera à plusieurs vitesses et dont le niveau et la qualité

varieront en fonction des publics scolaires et de leurs origines sociales (Tardif, 2013 : 75).

La formation des maîtres subira des transformations importantes qui vont modifier profondément et durablement les idées sur l'enseignement et l'apprentissage. Les écoles normales, qui étaient la voie institutionnelle pour l'accès à la profession d'enseignant, ont laissé entrer petit à petit le savoir provenant des champs comme la pédagogie ou la psychologie en faisant bien attention, entre les années 1900 à 1950, de subordonner ces savoirs à la doctrine catholique. Mellouki (1989), à travers l'analyse de la rencontre des idéologies réformistes et traditionalistes, montre à quel point le choix des programmes de formation des maîtres est un lieu de lutte privilégié entre les différentes conceptions que l'on se fait de la société et de l'utilité de l'enseignement. Essentiellement, l'arrivée de sciences comme la psychologie et la pédagogie, dans un premier temps, mais aussi la sociologie et les sciences sociales dans un deuxième temps, agissent comme des catalyseurs pour transformer l'enseignement en fournissant de nouvelles données et de nouvelles connaissances. « Et nous l'avons dit, ce sont généralement les nouvelles élites, des universitaires libéraux surtout, qui furent les porte-paroles des mouvements de résistance contre les élites traditionnelles et contre l'idéologie cléricale » (Mellouki, 1989 : 298).

À la suite de l'encyclique de Pie XI sur l'éducation, le Cardinal Villeneuve, alors la figure de proue de l'Église Catholique au Québec, se prononce pour que l'État prenne en charge l'instruction publique. Il s'agit d'un retournement majeur pour l'organisation des écoles. Il va d'ailleurs prendre position en ce sens lors d'une rencontre du Comité catholique qui discutait de l'établissement de l'enseignement obligatoire. Cette prise de position vient de résultats d'une enquête sur la fréquentation des écoles qui fait état de taux lamentables au Québec en matière de fréquentation scolaire (Mellouki : 88-90). Il s'agit d'un changement de position qui apparaît être d'une nécessité stratégique tant pour l'Église que pour l'État d'assurer la formation de la population qui doit de plus en plus s'intégrer à une économie industrialisée. L'échec de l'Église ouvre la porte à l'apparition et à la consolidation de l'appareil d'État responsable du système d'éducation. Cela s'accompagne d'une décléricalisation des professions dans les services sociaux, en santé et en éducation. Dans les années 1940 la proportion du personnel religieux passe à environ 40 % de la main-

d'œuvre enseignante, en 1950 c'est environ 24 % et moins de 8 % au début des années 1970 (Tardif, 2013). Or, c'est dans les postes de direction que le changement est le plus important. Des trois quarts des postes de direction qu'ils occupaient au début des années 1960, les membres du clergé n'en occupent plus que 20 % dix ans plus tard (idem : 89). En plus d'un changement dans le bassin de recrutement à la fois des enseignants et du personnel de direction, la transformation de la vision de l'enseignement va s'opérer à travers les changements dans la formation des maîtres qui passe des Écoles Normales à l'Université. En 1942, la conclusion de la commission d'examen du comité catholique d'examen des programmes recommande de placer l'enfant au centre de son apprentissage. Comme le souligne Mellouki (1989 : 82-83), cet accord de principe va tout de même laisser place à des désaccords sur la manière de rendre opérationnelle une telle mesure.

Le baby-boom qui suit la Deuxième Guerre mondiale et l'urbanisation croissante de la population vont faire en sorte que la fréquentation scolaire va devenir de plus en plus importante, et cela va poser des problèmes d'organisation des services. « ... entre 1930 et 1960, la population du Québec passe de 2,8 millions à 5,2 millions d'habitants et à 6 millions au début des années 1970 » (Tardif, 2013 : 84). Les parents francophones vont voir dans l'école un moyen d'affranchissement important qui pourrait permettre à leurs enfants de sortir de la misère économique qu'ils ont connue. Les revendications ouvrières des années 1940 et 1950 s'accompagnent de réclamations notamment quant à la prise en charge de l'éducation par l'État. Autant le Syndicat de la jeunesse ouvrière catholique que la Confédération des travailleurs catholiques élaborent des demandes en matière d'éducation, mais ce n'est qu'en 1946 qu'une loi sur le financement de l'éducation est adoptée afin d'assurer le financement du système et ainsi répondre à une partie de leurs demandes (Mellouki, 1989 : 93). D'une part, l'enseignement axé sur la formation morale des enfants par les clercs laisse tranquillement sa place à une formation pouvant permettre aux enfants d'aspirer à des emplois plus techniques et plus lucratifs (Tardif, 2013; Mellouki, 1989). D'autre part, cette fréquentation accrue des écoles entraîne des difficultés de gestion de la population qui porte avec elle des cas d'enfants différents. Cela va faire en sorte de favoriser le recours à différents champs de savoir (médecine, pédagogie, psychologie) pour pouvoir gérer ces cas qui débordent l'expérience normale. Comme le souligne Tardif, l'explosion

démographique va être de loin la plus grande responsable dans le changement des structures de services au niveau de l'éducation au Québec.

Ainsi, nous avons montré comment les institutions libérales et religieuses ont eu à se partager la responsabilité vis-à-vis de l'école et nous avons aussi souligné les limites qui accompagnaient ce partage en ce qui a trait aux pratiques de ménagement de la population infantile au Québec. Nous avons aussi dégagé le fait que, malgré les tensions entre libéraux et religieux, l'éducation a toujours été envisagée à partir de sa fonction de formation de la main-d'œuvre et que le projet de la modernité était, en ce sens, subordonné aux impératifs politiques et économiques des acteurs en charge de l'organisation scolaire.⁴³ La prochaine section vise à explorer la manière dont se sont intégrées progressivement de nouvelles disciplines dans la production des idées en matière d'enseignement.

La modernisation de l'enseignement et l'enfant différent

La longue lutte en faveur de l'instruction obligatoire prend fin en 1943 avec l'adoption d'une loi à l'Assemblée nationale du Québec. C'est à ce moment que l'État québécois va s'organiser et créer des espaces pour que des instruments biopolitiques se mettent en place. La mise en place de l'instruction obligatoire crée les conditions de rencontre entre la psychiatrie, qui connaît elle aussi des changements épistémologiques importants, et les autres savoirs présents dans le milieu scolaire. Un réseau de services sociaux va commencer à être mis en place dans les régions du Québec avec toutes les infrastructures nécessaires à assumer les responsabilités de cet élargissement de service. « Au début des années cinquante, on compte quatorze organismes de services sociaux dans la province. Au milieu de la décennie, on en dénombre une trentaine. Leur personnel est formé dans les écoles de service social de Montréal et Québec » (Cliche, 2007 : 157). L'intégration massive de tous les enfants dans les services éducatifs représente un défi majeur pour les institutions qui doivent faire cohabiter un nombre croissant d'enfants différents. Pour ce faire, l'introduction de nouveaux savoirs va apparaître comme une condition *sine qua non* pour

⁴³ La formation de la main d'œuvre prend un sens singulier quand on le rapporte aux besoins manifestés par l'Église pour pouvoir mener à bien son projet de société qui va compter par exemple sur des connaissances en agriculture pour soutenir le projet de colonisation du territoire. Il n'en demeure pas moins que l'utilité de la connaissance se mesure à son utilisation pour opérer le travail nécessaire au développement de la société.

développer de nouvelles stratégies permettant de gérer ces cas. Comme le souligne Audet, « ... ce ne fut qu'en 1959 que le ministère décida de créer un mini-service de l'enseignement pour coordonner les efforts et intégrer les études dans l'ensemble du système scolaire québécois » (Audet, 1971 : 310). L'institutionnalisation de l'intégration du savoir va avoir d'importantes conséquences pour la suite et prendra un certain temps à se mettre en place.

Ce n'est vraiment qu'avec la remise en cause de l'institution asilaire dans les années 1950-1960 et la volonté de maintenir les individus souffrant de problèmes de santé mentale dans leur milieu, que l'école va connaître un changement significatif grâce à ces nouveaux régimes de gouvernamentalité. Turmel (2017) explique bien la manière dont l'apparition de l'hygiène mentale va commencer à opérer le déplacement épistémique nécessaire à l'intégration des soins de santé mentale dans le milieu scolaire. En sortant la vie psychique de l'enfant de son cadre religieux, les théories et les pratiques d'hygiène mentale peuvent entrer en dialogue avec l'institution scolaire et stimuler l'intérêt de champs de recherche liés à la psychologie. Tant que l'éducation reste entre les mains du clergé, le développement du corps professoral et son autonomie seront freinés par l'Église. En respectant certains codes et en partageant certaines idées, les enseignants vont marquer les différentes époques dans le développement des institutions scolaires.

Au tournant des années 1960, on observe une hausse considérable de la fréquentation de ces enfants dans le système scolaire, surtout à Montréal, et plus tard dans les régions du Québec (Duval, Tardif et Gauthier, 1995 : 7). Au moment de rendre obligatoire l'éducation, l'État veille à la création de nouvelles structures et fait apparaître des décalages notamment entre la ville et la campagne : les milieux ruraux sont souvent plus intégrés et articulés autour des autorités religieuses qui y conservent une plus grande influence.

Le principe de la régionalisation oppose d'abord dans la région les autorités religieuses aux planificateurs gouvernementaux, les premiers se faisant définiteurs d'une société rurale et les seconds du passage à la société industrielle : l'opposition apparaît ici plus nette dans un territoire rural et sous-développé comme la Gaspésie (Gagnon et Gousse, dans Bélanger et Rocher, 1975 : 296).

La coordination initiée par le ministère de l'Éducation rencontre donc des résistances sur son chemin. Dans cette lutte, le transfert de la formation des maîtres à l'Université va être un changement de paradigme fondamental. Les écoles normales étaient jusqu'alors largement dominées par les élites religieuses et le transfert de la formation vers les universités va permettre de valoriser une réorganisation des savoirs provenant de disciplines scientifiques affranchies de la doctrine catholique. Un point de bascule pour le réseau se situe après l'examen complet du système d'éducation, la commission Parent remet son rapport en 1964. Comme le souligne Tardif, « ... le rapport Parent restait très critique envers la formation normalienne, qu'il jugeait globalement déficiente sur le plan intellectuel et par rapport aux pratiques pédagogiques, qui restaient traditionnelles et "mécaniques" » (Tardif, 2013 : 115). Même si les proportions de l'enseignement de la psychologie et de la pédagogie avaient vu le nombre d'heures qui leur étaient consacrées augmenter de manière significative entre les années 1930 et 1950, celles-ci restaient inféodées à la doctrine de l'Église. Cette décléricalisation des institutions publiques ouvre la porte à l'intégration de nouveaux acteurs, laïcs ceux-là, qui vont modifier profondément le rapport qu'ils entretiennent avec l'emploi qu'ils vont occuper. L'aspect vocationnel du métier de professeur sera lentement abandonné, marquant, par le fait même, une transition lente vers de nouvelles formes de gouvernementalité. De modèle à imiter, le professeur va devenir un point d'appui pour faire en sorte de développer l'autonomie de l'enfant et qu'il prenne une place de plus en plus active dans son processus d'apprentissage. La prise en compte des enfants différents et en difficulté dans le milieu scolaire va se faire grâce à de profondes modifications institutionnelles et thérapeutiques, qui naissent au début des années 1960, dans le milieu de la psychiatrie. Dans le contexte québécois, où ce sont les communautés religieuses qui s'occupent des soins de santé, la différence qui vient de la maladie mentale n'a pu être comprise qu'à partir de la doctrine du péché originel. Elle est l'expression du vice constitutif présent dans l'âme de tous les humains. Les possibilités thérapeutiques sont jugées limitées et on s'en remet à la prière.

La parution en 1951 du livre *Les fous crient au secours* de Jean-Charles Pagé provoque une onde de choc et sert de catalyseur pour les efforts visant à transformer les instituts de soins de santé mentale. Pagé est un ancien patient de l'hôpital St-Jean de Dieu à Montréal et, à

travers son livre, il jette la lumière sur les conditions de vie dans les hôpitaux. Les procédures de congédiement des patients sont très complexes, alors qu'une bonne partie de la population de ces établissements pourrait être gardée dans les communautés. L'ouvrage provoque d'importants débats et mène à la mise sur pied, par le gouvernement du Québec, de la Commission d'Étude des Hôpitaux Psychiatriques qui accouchera du rapport Bédard en 1962. En plus, un tournant majeur dans le traitement des maladies mentales se produit en 1954, avec l'introduction des neuroleptiques, puis des antidépresseurs quelques années plus tard. La physionomie de l'institution asilaire s'en trouve transformée. Les médecins, les infirmières et le personnel hospitalier travaillent avec de nouveaux moyens thérapeutiques à la réadaptation et à la réinsertion sociale des malades qui pourront déborder des murs de l'asile.

Le Rapport Bédard va formuler des recommandations qui ont des effets d'abord « spatiaux » en délocalisant les soins vers les milieux de vie, mais aussi théoriques rendant notamment possible une gouvernamentalité libérale désormais affranchie du pouvoir de l'Église. L'asile, lieu isolé et d'isolement, sera lentement délocalisé vers les milieux de vie. On recommandera de décentraliser les lieux de service afin d'éviter un déracinement trop important de la part des patients. On souhaite aussi que les hôpitaux de plus de 200 lits réservent 10 % de leurs lits pour les patients en santé mentale. On propose de créer des cliniques externes dans les hôpitaux afin de pouvoir offrir des services de proximité aux malades tout en réduisant les besoins d'hospitalisation.⁴⁴ On propose aussi la création d'un centre pour les malades dangereux, qui deviendra l'Institut Pinel. Cela nous rappelle que la psychiatrie n'est jamais très loin de l'intervention policière quand vient le temps d'agir. La

⁴⁴ Cette nouvelle réalité apparaît en même temps que les nouvelles approches en santé mentale, notamment celles liées à la psychiatrie communautaire. Le modèle très démocratique des cliniques communautaires va mettre en jeu, dans l'intervention thérapeutique, différents acteurs : médecins, infirmières, travailleurs sociaux se partageant la relation d'aide. La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles développe de manière exemplaire cette approche de soin multidisciplinaire en axant sa pratique sur une déterritorialisation de la rencontre thérapeutique (Boudreau, 1984) et une intervention la plus horizontale. Inspirée du courant de l'antipsychiatrie, la clinique de Pointe-Saint-Charles innove par le décroisement de la relation thérapeutique de la dyade médecin-malade en valorisant d'autres intervenants et en déplaçant l'objet de l'intervention vers l'aménagement des conditions existentielles du patient. La thérapeutique tiendra bien plus dans la réorganisation du contexte de vie du patient que dans la relation avec le médecin. La clinique «La Borde» de Jean Oury et Félix Guattari en France est aussi un bon exemple de la disparition de la hiérarchie entre les prestataires de soin, le médecin qui 'fait le ménage', et les bénéficiaires, qui participent à la gestion de la clinique.

création de ce centre montre la volonté de distinguer les malades dangereux de ceux qui pourraient être réinsérés dans la communauté. La maladie mentale est alors comprise comme traitable. Le changement est majeur. Ce mouvement de *désinstitutionnalisation* se produit dans un contexte social très précis au Québec, celui de la Révolution tranquille et d'une modernisation générale des appareils d'État québécois.⁴⁵ Un ensemble d'outils et de savoirs nouveaux redéfinissent le champ d'intervention biopolitique. On assiste à l'essor fulgurant de professionnels qui saisissent le rôle d'intervenant dans le devenir du malade.

La commission Castonguay Nepveu (1967) viendra mettre la touche finale au déploiement de la psychiatrie au Québec. Le rapport de la commission met surtout l'emphasis sur le droit des individus souffrant de maladie mentale et sur la mission de l'État d'assurer que les conditions sociales permettent à tous les individus de pouvoir avoir les mêmes aspirations que les autres citoyens (Horth, 1998). Ces changements vont avoir des conséquences sur le traitement des enfants différents comme nous allons le voir dans les prochaines pages. Plus encore, la réforme Castonguay pousse plus loin l'idée d'une interdisciplinarité de la santé mentale en l'intégrant davantage dans le système de soin de santé « physique ». L'élargissement de la couverture des soins de santé, l'effort important pour assurer une équité dans la répartition régionale des équipements disponibles pour les soins ainsi que l'idée d'élargir le système de santé en lui joignant une composante devant œuvrer dans les services sociaux et permettre de développer un modèle communautaire de santé mentale. Cette perspective sociale de la psychiatrie qui vise à intervenir sur les conditions de vie permettant de favoriser la santé mentale est une contribution fondamentale pour le dispositif étudié dans la thèse. La nouvelle vision du malade mental changera profondément la manière par laquelle les diagnostics sont appliqués. La curabilité de la maladie exige dorénavant que l'on développe des stratégies de réinsertion dans les communautés et ici les moyens pharmacologiques vont jouer un rôle capital. Celle-ci passera largement par ce processus de sortie des patients des hôpitaux psychiatriques vers des unités de soins « intégrées » à la communauté. Les connaissances et les savoirs sur l'homme, mais plus

⁴⁵ Comme le souligne Gagné (1996 : 2), au cours des années 1990 ce mouvement de désinstitutionnalisation va se prolonger dans un courant anti-establishment qui va militer pour un désengagement de l'État dans les soins de santé mentale et les services publics en général.

particulièrement sur l'enfant en matière biologique et psychologique sont encore modestes et demeurent prisonnières du contexte local où les croyances en matière de santé mentale vont dépendre de la capacité à des régimes de vérité à s'implanter dans les écoles.

Le changement que portent ces nouvelles disciplines va être particulièrement utile dans l'extension des soins destinés aux enfants n'arrivant pas à intégrer le milieu scolaire. Cette intégration dans les institutions d'enseignement pose un défi important et les structures administratives de l'État québécois en témoignent. En 1963, le bureau de l'enfance exceptionnelle participe à la mise en œuvre de mesure d'adaptation. En 1969, ce bureau deviendra le Service de l'enfance inadaptée, l'État formulera de « ... nombreuses règles administratives en faveur de l'éducation spéciale, signature de conventions collectives comportant des clauses pour l'éducation des enfants en situation d'adaptation et d'apprentissage » (Horth, 1998 : n.d.). Rapidement la lutte contre la maladie mentale auprès des enfants doit se poursuivre, si elle veut être cohérente, sur le terrain social. La pauvreté étant un facteur de maladie mentale, le champ d'intervention s'étend donc au milieu de vie. L'école publique va aussi apparaître comme un lieu privilégié pour agir sur les conditions sociales des enfants.

Dans les années qui suivent, le ministère des Affaires sociales publie « *Les services à l'enfance* ». *Mémoire de programmes* (1974). Le mémoire expose les objectifs généraux et particuliers dans lesquels doivent s'inscrire les services à l'enfance et indique les orientations générales qui guident le développement des services pour les cinq prochaines années. En particulier, il propose une stratégie de développement concernant la réadaptation des enfants handicapés moteurs et/ou sensoriels, mésadaptés sociaux et déficients mentaux (idem : n.d.).

L'élargissement des soins de santé mentale pour les enfants passe par le moyen de la scolarisation et reste le lieu privilégié pour l'organisation des soins à l'enfance. L'insertion de l'enfant différent se fait dans des classes spéciales, et l'école peut compter sur une augmentation marquée du personnel en adaptation scolaire. Entre 1973 et 1977, le nombre d'enseignants en adaptation scolaire augmente de 89 %, passant de 5093 à 9649 travailleurs (Duval, Lessard, et Tardif, 1997 : 316). En 1976, le ministère de l'Éducation

publie le rapport Copex qui marque un point important pour l'histoire de notre problème. Il suggère notamment d'assurer que les enfants handicapés, ou présentant des difficultés d'adaptation, soient intégrés le plus possible dans le système d'éducation régulier.

La proposition du COPEX, inspirée des principes de la pédagogie différenciée et de l'intégration, envisage également la suppression graduelle du système parallèle des écoles spéciales et un examen du rôle des spécialistes, qui dès lors devaient commencer à agir davantage comme soutien aux enseignants réguliers (Gonçalves et Lessard, 2013 : 339).

La même année que la publication du rapport, une avancée importante dans la recherche sur le T.D.A.H. doit être signalée puisqu'elle a une grande importance pour le problème qui est le nôtre. En 1976, une chercheuse de Montréal, Virginia Douglas, publie une recherche importante dans l'histoire du diagnostic et dont le titre est *Stop, look and listen : The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*. Comme le souligne Welniarz :

Les travaux de Douglas sont intéressants à plus d'un titre car elle montre comment, à partir d'une batterie de tests psychométriques, on peut distinguer ce groupe d'enfants dont l'hyperactivité est en rapport étroit avec les difficultés de concentration et l'impulsivité sans pour autant que d'autres fonctions cognitives soient atteintes. (...) Elle constate les effets positifs des psychostimulants dans un certain nombre de cas sans en tirer de conclusion et en notant au passage les cas de dépression provoqués par la médication (2011 : 19).

Cette recherche permet d'envisager le problème d'attention comme un handicap puisqu'il pourrait être pallié par la médication, l'avenir lui donne raison là-dessus. En 1978, la province promulgue une loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et, l'année suivante, une politique pour l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Cette conjoncture politique d'institutionnalisation des services sociaux et des services d'éducation permet le développement d'une expertise interne, de nouvelles définitions de tâches et de partage des responsabilités entre les intervenants du dispositif biopolitique qui vont entraîner certains problèmes de cohabitation et de définition de tâche entre les différents corps de métier qui œuvrent dans le système scolaire. Tout un pan de la

recherche en éducation montre d'ailleurs les difficultés entre les acteurs du dispositif (Lessard et Tardif, 1996; Lessard et Tardif, 2003; Tardif et Levasseur, 2010; Tardif et coll., 2017).

L'orthopédagogie va apparaître et différentes catégories d'intervenants vont graduellement intégrer le réseau. Comme le montrent bien Lessard et Tardif (1996), ces spécialistes héritent d'une perspective psycho-médicale qu'ils vont porter avec eux dans le champ scolaire. Les orthopédagogues, les orthophonistes, les psychologues, vont s'appuyer largement sur le champ de la psychologie et sur le développement de la pédagogie pour construire leur vision de l'enfant. L'efficacité d'une intervention sans médication, comme c'est le cas dans la clinique communautaire de Pointe St-Charles par exemple, demandera des efforts humains importants et beaucoup de travail d'adaptation de ses pratiques. Dans le réseau hospitalier et des cliniques communautaires, le phénomène des « portes tournantes » où des patients reviennent de façon cyclique dans les institutions a des effets démobilisateurs sur le personnel soignant, un effet de lassitude qui va être la marque de leurs efforts moraux infructueux (Blanchette, 1978; Fleury et Grenier 2004). Le développement de stratégies autres que la médication à l'école entraîne certainement le même genre de problèmes.

L'adoption de la Charte des droits et libertés du Québec en 1975 clarifie l'obligation de l'école publique en matière d'intégration scolaire. L'article 10 dit : « [t]oute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur (...) le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. » La reconnaissance du handicap devient la condition administrative pour avoir accès à des moyens pour y pallier. Cela crée une demande pour une nouvelle forme de services publics permettant de soutenir l'adaptation de l'individu. Cet élargissement des droits de la personne va être marqué par « ... l'effort consenti pour contrôler les coûts » (Fleury et Grenier, 2004 : 27). Le réseau scolaire est très sollicité dans le développement de ces nouveaux services et la pression financière va contraindre leur croissance.

Les échecs de l'intégration scolaire vont poser les mêmes problèmes soulignés plus tôt alors que la raison d'État sera en jeu. La possibilité que de trop nombreux enfants n'arrivent pas à s'intégrer au régime économique devient un problème politique qu'il faut résoudre pour assurer la puissance et la continuité de l'État. Comme nous le mentionnions dans les premiers chapitres, la vision de la santé publique va constituer ces enfants comme autant de risques à contrôler. D'ailleurs, dès le début des années 1980, le ministère de l'Éducation va envisager le problème du décrochage scolaire comme tel (Doray et coll. 2011). En 1986, lors du lancement du plan d'action visant à contrer le décrochage scolaire, le ministère de l'Éducation fait un constat clair de la situation. Les problèmes du décrochage scolaire et de la non-diplomation apparaissent comme un constat d'échec dans l'intégration.

[M]ême si l'exigence d'un diplôme d'études secondaires comme préalable à la formation professionnelle représente un objectif de société vers lequel il faut tendre, il faut toutefois admettre qu'une telle exigence représente pour de nombreux élèves une barrière qui paraît quasiment insurmontable. Cette exigence les incite à décrocher du système scolaire sans aucun diplôme ni qualification, les vouant ainsi à une issue socialement et économiquement coûteuse et inacceptable (CSE, 1986 : 9).

Le ministère de l'Éducation constate que l'incapacité à intégrer le monde du travail pour un individu devient un fardeau économique. Les changements sociaux ont bien évidemment transformé le contexte et le fonctionnement de l'école, mais la question de l'émancipation de l'individu reste économique. Le problème politique auquel l'instruction obligatoire doit répondre demeure le même : favoriser le travail de tous les individus. Il en va de même des pressions sociales de certains groupes qui portent elles aussi sur les nécessités de l'intégration économique. Comme le soulignent Gonçalves et Lessard :

(...) on observe une organisation croissante des groupes pro-intégration, comme le montre la publication, en 1984, du document intitulé « À part... égale » dans lequel L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) souligne l'importance de valoriser la personne ayant des besoins particuliers, et non son handicap, et de lui faciliter l'accès à des postes de travail socialement valorisés (Gonçalves et Lessard, 2013 : 340).

La voie privilégiée par le plan d'action de 1986 sera de diriger une partie de la population scolaire vers la formation professionnelle. Le phénomène ne sera pas enrayé, mais nous permet de constater la manière par laquelle l'État libéral arrime l'école et le marché du travail. Malheureusement, le plan n'atteindra pas ces objectifs et le phénomène de décrochage scolaire reste problématique. À partir de 1988, la Loi sur l'instruction publique reconnaît le droit de tous les élèves aux services éducatifs. Cette pièce de législation fait de l'intégration une responsabilité du milieu et transforme le décrochage scolaire en une marque d'échec collectif. Dotés d'un moyen légal important, les parents vont obtenir des outils de contestation judiciaire afin de réclamer de meilleurs services. Ce faisant, ils vont accentuer le problème budgétaire alors que l'intégration de certains élèves devient très coûteuse (Gonçalves et Lessard, 2016; Venditti, 2005). Il faudra assurer une augmentation de soins raisonnée et une évaluation de la rentabilité de l'investissement. Avec la modification de la Loi sur l'instruction (LIP) en 1988, les obligations légales qui incombent au réseau scolaire vont exercer des pressions insoutenables. « D'un côté, un droit reconnu aux élèves HDAA [handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage] et, de l'autre, un manque de ressources perçu comme menaçant le droit des autres élèves et des enseignants » (Gonçalves et Lessard, 2016 : 342).

Cette loi précède d'une année seulement la politique de santé mentale du gouvernement du Québec. En 1989, le Québec devient le 9^e État dans le monde à se doter d'une politique de santé mentale. L'articulation de cette politique aux services éducatifs reconnus par la LIP de 1988 va demander un certain temps avant de prendre son véritable envol. Pour qu'elle se déploie, il faut qu'elle arrive à créer des ponts entre les pratiques de différents intervenants qui gravitent autour des services sociaux et du milieu scolaire. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, l'entrée en masse des individus dans les différents services sociaux va poser plusieurs problèmes organisationnels. Fleury et Grenier (2004) affirment qu'il s'agit d'un changement d'archétype⁴⁶ où l'intégration des soins de santé mentale et leur délocalisation dans la communauté s'intensifieront à partir de la mise en place de la politique de santé mentale de 1989. Cependant, les budgets qui accompagnent la politique

⁴⁶ L'archétype est défini par les auteurs comme « des structures et des procédures liées à un système d'idées et de valeurs » Fleury et Grenier, 2004 : 31).

seront insuffisants (idem : 32) et une logique de rationalisation des soins et des services publics s'enclenche rapidement. L'intégration des services et leur délocalisation mettent en scène de plus en plus d'équipes « multidisciplinaires » incluant les professeurs, les techniciens en éducation spécialisée, les orthopédagogues, psychologues, médecins, etc. Cette multiplication des acteurs fait en sorte que leur coordination doit faire de plus en plus l'objet d'intervention pour en assurer la cohérence. L'enjeu est discursif alors que les acteurs tentent de trouver un terrain d'entente pour agir de concert.

Figure 5 : Les mots de la presse – Le TDAH au tournant des années 1990

« Par ailleurs, profitant de la tenue du congrès, une soixantaine de personnes opposées à la prescription aux enfants, par les psychiatres, d'un médicament nommé Ritalin, ont manifesté, hier, en face du Palais des Congrès, où se réunit l'association psychiatrique américaine. Les manifestants, dont la majorité ont un enfant qui a déjà été traité par le Ritalin, prétendent que les spécialistes bourrent littéralement les enfants de cette drogue lorsque les jeunes semblent trop actifs ou insuffisamment attentifs à l'école. Toujours selon les manifestants, les principaux effets secondaires de ce médicament seraient des maux de tête sévères et un comportement anormal et même délinquant chez l'enfant. » (*La Presse*, 9 mai 1988 A3).

« À Montréal, des centaines d'enfants étiquetés par le diagnostic psychiatrique "hyperactif" reçoivent une drogue dangereuse appelée Ritalin » (*La Presse*, 30 mai 1988 A8).

« De toute façon, ce qui est important, c'est que les parents et leurs enfants soient informés des effets secondaires dangereux de drogues psychiatriques comme le Ritalin afin qu'ils puissent considérer des alternatives » (*La Presse*, 23 juin 1988 B2).

« Mais après avoir pris du Ritalin pendant deux ans durant la semaine (les enfants n'en prennent pas, règle générale, la fin de semaine et durant les vacances), Steven, qui était déjà très actif, est devenu irritable, pleurait pour des riens, avait souvent la nausée et mangeait beaucoup moins qu'avant. Il était très agressif et devait constamment être réprimandé » (*La Presse*, 10 mars 1989 A3).

La politique doit arriver à créer les conditions pour que puissent se parler les intervenants et agir de manière légitime auprès des enfants. La stratégie sera nouvelle et l'intervention sociale reposera de plus en plus sur l'individu.

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, la tension entre, d'un côté, un droit reconnu aux élèves HDAA et, de l'autre, un

manque de ressources perçu comme menaçant le droit des autres élèves et des enseignants mène à une croissante judiciarisation de l'intégration scolaire dans la classe ordinaire (Gonçalves et Lessard, 2013 : 342).

Le déploiement de l'intervention en santé mentale chez les enfants crée des tensions insoutenables pour le réseau. Dans ce contexte, l'intervention nécessitera de plus en plus de professionnels eux-mêmes toujours plus spécialisés (Gagné, 1996). Le milieu scolaire témoigne de l'arrivée de ces nouveaux professionnels en son sein, mais sans créer les conditions de rencontre entre les différents champs de savoir de ces professionnels.

(...) l'embauche d'autres professionnels tels que des orthophonistes, des psychologues et des ergothérapeutes, pour travailler dans le champ de l'adaptation scolaire, s'avère coûteuse dans le contexte de crise économique et de contraintes budgétaires des années 80, même si elle ne suit pas la demande élevée pour ces professionnels dans les commissions scolaires (idem : 341).

Même si la relation entre les différents acteurs scolaires n'en est pas toujours une de collaboration (Lessard et Tardif, 2003), la spécialisation de ces professionnels permet l'arrivée de nouvelles sources de savoir et la circulation et la production d'information qui auront d'importantes conséquences pour les régimes de vérité qui vont accompagner le dispositif de diagnostic. « On mettra l'accent sur l'information, la sensibilisation, et la prise en charge de sa santé. Les programmes d'éducation prendront de l'importance... » (Lavallée, 1996; 3). L'arrivée des orthophonistes scolaires sera pour Prud'homme un moment-clé dans une redéfinition progressive : « ... plus sanitaire et médicalisante, des problèmes d'apprentissage dans les écoles » (2006 : 128). Nous sommes d'accord sur le fait que cette perspective biomédicale va s'étendre à travers les pratiques de différents groupes professionnels comme les orthopédagogues et psychologues (Prudhomme, 2006; Gonçalves et Lessard 2013), mais aussi, comme nous allons le montrer plus loin, les professeurs et les parents. Pour nous, c'est plutôt l'arrivée massive de la médication psychiatrique qui va forcer la coordination de tous les acteurs du champ. Elle va réellement faire passer le réseau à un nouveau paradigme, la politique de la signification et la circulation d'information qu'elle implique venant après l'utilisation de la médication.

Figure 6 : Évolution des principales catégories de PNE intervenant auprès des élèves en difficulté — poste équivalent à temps complet

Professionnels non enseignant (PNE)	1990	1993	1996	2000	2004	2008	Croissance
Psychoéducateurs et orthopédagogues	205	328	325	448	788	950	294,4 %
Psychologues	573	636	616	637	728	763	26,9 %
Orthophonistes	159	182	203	256	325	357	104 %
Total	937	1146	1144	1341	1841	2070	121 %

Source : Tardif et Levasseur, 2010; 78

La coordination des régimes de vérité qui permettrait à ces différents champs de savoir de cohabiter et de collaborer fait l'objet d'interventions du ministère. Un plan d'action qui s'intitule *Chacun ses devoirs* sera publié en 1992 (MEQ, 1992). À partir de là, le ministère exige des commissions scolaires qu'elles mettent en place d'abord des processus d'évaluation des conditions locales qui favorisent le décrochage et, par la suite, un plan d'action pour le contrer (Pagé, 1995). Il faut intervenir sur les milieux de vie et non pas trouver des solutions qui excluraient les enfants des contextes sociaux dans lesquels on veut finalement les inscrire. Pour transformer les milieux de vie, le système d'éducation ne pourra pas simplement proposer des cheminements particuliers.

D'ailleurs, le ministère de l'Éducation va aller dans ce sens lors de la publication d'une mise à jour de sa politique d'adaptation scolaire en 1992. On reconnaît le succès lié à l'intégration de plus en plus importante des enfants différents dans le parcours scolaire normal.⁴⁷

La classe ordinaire est, pour la grande majorité des élèves, un lieu particulièrement propice aux apprentissages à cause, entre autres choses, de la stimulation que constitue la fréquentation d'autres jeunes. Elle est, de plus, un moyen privilégié d'insertion dans la

⁴⁷ « En 1978, les taux d'intégration à la classe ordinaire sont de 58 % au primaire et de 16 % au secondaire, alors qu'en 1991, les taux d'intégration à la classe ordinaire à l'éducation préscolaire sont de 76 %, de 73 % au primaire et de 30 % au secondaire » (Horth, 1998 : n.d.).

société. Elle devrait donc être le premier moyen utilisé par toutes les commissions scolaires. (MEQ, in Ducharme et coll. 2009 : 5)

Cette action s'accompagne de nouveaux régimes de gouvernamentalité qui vont lentement s'institutionnaliser à l'intérieur de l'école et donner un sens tout à fait particulier à l'enfant différent dans les décennies 1990 et 2000. Comme le soulignent Gonçalves et Lessard (2013) et Prud'homme (2006) : « Le nombre croissant d'orthophonistes dans les commissions scolaires permet un changement majeur dans le champ politique de l'adaptation scolaire » (Gonçalves et Lessard, 2013 : 348). On peut douter que ce soit la collaboration entre les acteurs qui sera responsable de cette conviction partagée. Les travaux de Maurice Tardif et de ses collaborateurs montrent au contraire les difficultés importantes de « rencontre » entre les différents acteurs du réseau (Tardif et coll., 2017; Tardif et Levasseur, 2010; Lessard et Tardif, 2003). C'est pour cette raison que l'administration de la médication à des enfants et le nombre grandissant d'actes médicaux qui y sont associés vont forcer le gouvernement à établir une politique de la signification, c'est ce que nous montrerons dans les prochaines pages. Cependant, ce dernier pourra compter sur de nouveaux acteurs internes, convaincus de la validité des diagnostics et de l'efficacité des traitements par psychostimulants, dans la gestion du climat de classe. La délocalisation des soins à l'extérieur des institutions hospitalières va encourager l'utilisation, à faible coût, des moyens de la pharmacologie. L'ampleur du phénomène apparaît plus clairement à la fin des années 1990. Le gouvernement va donc articuler son action autour

(...) d'un paradigme centré sur la clientèle plutôt que sur les producteurs de services. Avant le virage ambulatoire, la réglementation était lourde et coûteuse puisqu'il fallait des personnes pour la gérer. Le virage ambulatoire s'assurera d'avoir des indicateurs de performance globale, comme le coût d'un épisode de soins, le rapport coût/résultat, la satisfaction de la clientèle (Lavallée, 1996 : 3).

Pour qu'ils soient efficaces, les services devront cependant avoir un minimum d'organisation et de cohésion. Pour ce faire, un travail de fond devra être fait sur la culture des acteurs dans le réseau afin d'assurer l'adoption des nouvelles pratiques. L'État va jouer

un rôle-clé dans la modification des paramètres d'action à l'intérieur de ces instruments politiques (Lascoumes et Le Galès, 2004). La production de l'information nécessaire à la cohésion entre les différents acteurs légitime l'intervention thérapeutique s'articulant de plus en plus vers la pharmacologie.⁴⁸ Dès la révision, en 1997, de la loi sur l'instruction publique obligatoire, l'intégration d'un cas particulier ne devra pas être une « contrainte excessive » (Gonçalves et Lessard, 2016 : 344). La loi prévoit conséquemment un mécanisme d'évaluation qui permet de déterminer si l'intégration d'un cas particulier met en péril le droit des autres enfants en classe. Cet équilibre va permettre de détourner l'action d'intégration de la modification des contextes de classe et de la diriger plutôt vers le cas particulier. En somme, l'intervention passe du contexte à l'individu.

Nous avons constaté que des changements épistémologiques dans le domaine de la psychiatrie ont permis de déplacer les lieux de soin vers les milieux de vie. Dans le cas du T.D.A.H., ces changements montrent comment la compréhension de celui-ci rend possible un rapprochement avec une forme de handicap. Nous avons aussi démontré comment le contexte juridique change et ouvre la porte au développement de plus en plus important de services éducatifs pour les élèves handicapés qui s'accompagne de l'entrée de nouveaux acteurs dans le réseau d'éducation. La suite du chapitre s'affaire à exposer la manière par laquelle ces services vont s'organiser de manière de plus en plus intense autour de l'insertion psycho-pharmacologique de l'enfant dans le contexte scolaire.

La psycho-pharmacologisation de l'insertion sociale : le dispositif biopolitique du T.D.A.H.

Comme nous l'avons déjà démontré dans les pages qui précèdent, la biopolitique est intimement liée à des dispositifs de savoir. La genèse de la biopolitique que nous avons faite jusqu'à maintenant met en scène les pouvoirs religieux qui ont longtemps déterminé les conditions d'accession au métier d'enseignant ainsi que le curriculum. Nous avons aussi montré la manière dont la rationalité biopolitique faisait l'objet d'un calcul de la part du pouvoir étatique : assurer la raison d'État et la maximiser le potentiel, d'un point de vue

⁴⁸ La littérature scientifique s'est beaucoup intéressée aux rencontres et à la collaboration entre les différentes parties prenantes à l'intervention en santé mentale (Levasseur et Tardif, 2005 ; Kalubi et Lésieux, 2006 ; Freyd 2009 ; Massé et al., 2010). Les difficultés de cohésion de leur pratique apparaissent rapidement, et ce, dès 1997. La réforme de l'éducation de la même année fait d'ailleurs l'objet d'intervention constante de la part du gouvernement (Levasseur et Tardif, 2005 : 169).

économique, de sa population et qu'en dernière instance, le régime économique détermine la biopolitique à l'école de manière à consolider les voies de sortie de celle-ci pour l'enfant. L'arrivée de nouvelles disciplines, provenant notamment des sciences sociales, va structurer de nouvelles formes d'interventions thérapeutiques et d'organisation de soins, l'école servira de contexte à cette rencontre interdisciplinaire. Des interventions sociales, qui s'appuient sur l'égalité relationnelle et les droits des individus, élargissent les droits démocratiques des enfants à pouvoir participer dans une équité et une réciprocité à la construction des mondes partagés.

Nous avons déjà montré comment les régimes de savoir s'étaient enrichis, au cours du temps, à travers les déplacements des pôles d'autorité du champ de l'intégration scolaire des enfants présentant des différences. Les parents et les enseignants reviennent systématiquement dans cette constellation d'acteurs, mais au tournant des années 1950 la médecine, et plus particulièrement la psychiatrie, vont jouer un rôle clé dans le déplacement du pouvoir-savoir portant sur l'enfant différent qui était jusqu'alors réservé aux religieux. Nous avons aussi noté la manière dont la modernisation de la médecine ainsi que l'arrivée des sciences de la psychologie et de la pédagogie avaient juxtaposé de nouveaux régimes de savoir à ceux hérités de la religion. Leur interaction a transformé les régimes pédagogiques, les programmes de formation des enseignants, les critères d'embauche et leur formation. Tout cela dépend de ces déplacements de pouvoir qui vont donner lieu à des changements dans les différentes formes de régimes pédagogiques. « Depuis la Révolution tranquille, le système d'éducation québécois a connu trois réformes curriculaires importantes : celle des années soixante – dite des programmes-cadres, celle du début des années quatre-vingt — dite des programmes par objectifs, et celle de 1997 — dite des programmes par compétences » (Lessard, Henripin et Larochelle, 2003 : 4). Ces mouvements de réforme vont dans la direction d'un plus grand encadrement de la tâche de l'enseignant en plus de donner davantage de place aux enfants dans leur processus d'apprentissage afin de les rapprocher des situations de la vie réelle.

Ce que nous démontrerons dans les prochaines pages, c'est que ces architectures qui s'appuient sur une plus grande liberté d'action de l'élève passent cependant par une

croissance importante de la psycho-pharmacologie. Nous reprenons la définition de Rose qui entend par la psychopharmacologie : ...« the development, prescribing and utilization of drugs to act on mental states and behaviour, and the related forms of knowledge » (Rose, 2019 : 116). Comme la définition le laisse entendre, la psycho-pharmacologisation repose sur deux éléments qui sont liés, d'abord la médication et ensuite le savoir nécessaire à son administration.

Dans cette section, nous examinons la manière dont l'État québécois a dû s'adapter au contexte juridique de l'extension des droits des handicapés et à ses objectifs d'intégration scolaire. À travers l'analyse d'un corpus de plans d'action, de rapports et de politiques, nous allons montrer que l'État orchestre une politique de la signification et assure un rôle dans l'établissement d'un langage commun de tous les acteurs du dispositif de soin.⁴⁹ Elle va assurer une cohérence sémantique aux comportements et aux traitements qui y sont associés. Nous montrerons comment le gouvernement va devenir le moteur de cette production de vérité. Cette prise de position dans l'espace discursif est la forme la plus récente que va prendre l'État libéral dans le contexte biopolitique. Nous avons vu, depuis le début de la thèse, la manière dont l'État libéral calcule une action minimale dans le contexte biopolitique. Ici, cette action prendra la forme d'une politique de la signification. La stratégie est d'encourager la coordination, de s'appuyer sur la forme hiérarchique du savoir en acte, c'est-à-dire des acteurs dans les services sociaux qui fondent leur action sur un savoir qui le rend légitime. C'est l'extension de ce savoir dans le monde scolaire qui est l'objet de cette politique de la signification.

Il s'agit d'un tournant qui va marquer l'histoire de l'intervention de l'État dans le champ de l'insertion sociale à l'école. Dans les précédents chapitres, nous avons replacé l'action biopolitique dans le contexte de l'instruction publique obligatoire qui nous pousse de plus en plus à scolariser des enfants qui, jusqu'alors, ne l'étaient pas. Nous allons mettre en évidence le fait que le gouvernement travaille à produire une cohésion à l'intérieur des

⁴⁹ Déjà Hobbes attribuait cette importante mission au souverain. « Le moyen par lequel la parole sert à se souvenir de l'enchaînement des causes et des effets consiste à attribuer des *noms* et la *connexion* qui existe entre eux » (Hobbes, 2000 : 99). La fonction discursive qui sera jouée par l'État va permettre de stabiliser le T.D.A.H. et de le *nommer*.

acteurs mobilisés par l'intervention, et ainsi structurer les savoirs jugés pertinents pour cette dernière. C'est en cela qu'il tente d'agir sur la production de signification : son but est de structurer l'intervention psychosociale. C'est aussi grâce à cela que l'acronyme T.D.A.H. va devenir une formation discursive (Foucault, 1969), c'est-à-dire un point de choix où un ensemble d'énoncés sur la médication, sur les symptômes, sur l'école et la parentalité vont s'inscrire de manière stratégique dans le discours, pour opérer une rupture avec ce qui était jusqu'alors considéré comme des problèmes de comportement et proposer de nouvelles stratégies d'intervention, principalement pharmacologiques.⁵⁰ Ces énoncés vont avoir pour fonction de raréfier ce qui pourra être dit sur un comportement perturbant pour les milieux de vie (famille, école) en orientant la manière de l'appréhender à travers un nouvel horizon sémantique.

Figure 7 : Les mots de l'État — Corpus des documents gouvernementaux sur le T.D.A.H.

Année	Type de document	Titre du document
1997	Énoncé de politique éducative	L'école, tout un programme
1998	Avis du Conseil supérieur de l'éducation	Agissons en complices : pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes
1999	Politique de l'adaptation scolaire	Une école adaptée à tous ses élèves
2000	Rapport du comité-conseil sur le Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central	TDAH
2000	Plan d'action du ministère de l'Éducation	Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes
2002	Document du comité consultatif de la direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires	Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite des jeunes
2003	Direction de l'adaptation scolaire. Cadre de référence pour guider	Les difficultés d'apprentissage à l'école

⁵⁰ Le T.D.A.H. et le trouble de comportement sont encore utilisés de manière interchangeable dans le réseau, ce dernier étant une manière pour les pédiatres de nommer le dysfonctionnement dans le parcours scolaire de l'enfant. Le DSM-III (annexe 1) place le T.D.A.H. dans ce contexte de trouble des conduites et établit des liens avec des diagnostics psychanalytiques, ce qui n'est plus le cas dans le DSM-IV (annexe 2) qui s'articule autour d'une symptomatologie. Le trouble de comportement suppose un manque d'éducation parentale et appelle des thérapies comportementales. Comme nous allons le voir dans le prochain chapitre, dans le discours social la différence va être soulignée de manière à ne pas entretenir de doute quant aux soins à apporter aux enfants. Nous verrons que les parents vont se battre pour que l'on utilise l'acronyme T.D.A.H. qui est moins discriminatoire selon eux.

	l'intervention	
2003	Entente de complémentarité du ministère de l'Éducation	Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes
2004	Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille	De la complicité à la responsabilité
2004	Direction de l'adaptation scolaire. Cadre de référence pour la mise en place d'un plan d'intervention	Le plan d'intervention, au service de la réussite
2004	Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs : Rapport synthèse sur la réussite des garçons	La réussite des garçons, des constats à mettre en perspective
2005	Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs : Analyse exploratoire	La réussite scolaire des garçons et des filles : l'influence du milieu socioéconomique
2005	Comité national d'orientation : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires	Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes
2006	Analyse du cheminement scolaire des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage à leur arrivée au secondaire	Classe ordinaire et cheminement particulier de formation temporaire
2006	Avis au ministre de l'Éducation du loisir et du sport	Adaptation scolaire : Inclusion et intégration en classe
2007	Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse	Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec
2008	Plan d'action : Pour soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage	Des conditions pour mieux réussir
2008	Plan d'action	Éducation, emploi et productivité

2009	Publication du MEQ	Tous ensemble pour la réussite scolaire. L'école j'y tiens!
2011	Direction générale des services de soutien aux élèves. Direction de l'adaptation scolaire	Lignes directrices pour l'intégration scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage

Pour que s'étendent les nouveaux modes de subjectivation propres à cette nouvelle forme de gouvernementalité, les acteurs du dispositif biopolitique requièrent une coordination permettant de produire des effets culturels notables au sein de la population du Québec. Pour identifier ceux qui participent au dispositif, nous allons montrer quels acteurs vont jouer un rôle dans la vérification de la politique de signification du gouvernement et arrivent à jouer un rôle dans le « leadership » culturel.

Intersectorialité des services complémentaires et leadership culturel de l'État québécois

La biopolitique, dans les années 1990 et 2000, connaît une autre période de transformation des savoirs. C'est grâce à la circulation de la médication dans le système scolaire, et à la légitimation nécessaire de l'intervention que ce changement va s'opérer. L'intervention pharmacologique opère à l'intérieur d'un dispositif de sécurité qui n'aurait pas pu connaître un essor aussi important s'il n'avait pas rencontré un contexte biopolitique aussi favorable. Le contexte de pédagogie différenciée, qui va naître avec la réforme de 1997, va jouer un rôle important dans l'intégration des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation dans le système scolaire, et offrir un contexte pour une individualisation du parcours scolaire (Jonnaert, 2000; Gonçalves et Lessard, 2013).

La réforme de l'enseignement, qui voit le jour en 1997, affirme être le premier pas de changements « ... qui vont modifier considérablement la culture scolaire au cours des prochaines années... » (MEQ, 1997 : 40). On réaffirme la place centrale que doit occuper l'enfant dans son apprentissage, et transforme la manière d'évaluer l'enfant en mettant de l'avant l'importance du développement de ses compétences. Parmi celles-ci, des

compétences non disciplinaires remettent à l'avant-plan le rôle de socialisation que joue l'école.

Les compétences transversales sont un ensemble d'habiletés qui se déploient à travers les divers domaines d'apprentissage et qui nécessitent un réinvestissement dans les situations concrètes de la vie. Elles sont d'ordre intellectuel, méthodologique, personnel et social ainsi que de l'ordre de la communication (MELS, 2005a : 32).

Au-delà de l'acquisition de connaissances, les compétences transversales assurent une participation minimale des enfants dans les « situations concrètes de la vie ». Ces compétences font apparaître clairement le rôle de l'école dans la perspective biopolitique que nous avons développée depuis le début de la thèse. Elles permettent la mise en place d'un vivre-ensemble qui sert à éviter que des situations graves n'entraînent une intervention en lien avec le maintien de la sécurité.⁵¹ L'évaluation de ces compétences s'appuie sur la mobilisation d'une équipe d'intervenants scolaires tous responsables de l'autonomisation de l'élève et de sa socialisation. Comme le fait remarquer Dubois (2014), les incertitudes qui accompagnent la société entraînent une augmentation de la demande pour de l'expertise dans les traitements en santé mentale. Pour autant, ce que l'importante croissance que nous avons constatée suggère, à la fois des services pharmaceutiques et d'actes médicaux, c'est qu'au-delà de cette individualisation du parcours, la solution demeure la même pour tous : le psychostimulant.

La judiciarisation de l'accès à l'école, qu'a permis la charte des droits, et tout le développement d'une intervention en santé mentale, dont nous avons parlé dans les pages précédentes, transparaissent dans l'énoncé de politique éducative.

L'école doit faire la guerre à l'échec scolaire. Il ne suffit plus que l'école soit ouverte à tous : elle doit transmettre à chaque élève la meilleure formation possible et accompagner chacun dans son cheminement scolaire. Les membres du personnel scolaire doivent partager la conviction que tout enfant est éduicable s'il dispose des moyens nécessaires et qu'il est capable d'acquérir des connaissances plus complexes qu'on ne le croit souvent. Aussi, les élèves qui ont des difficultés ou un handicap se verront offrir toutes les occasions pour

⁵¹ Nous avons vu, au chapitre 2, que l'intervention biopolitique se fait toujours en oscillant entre une intervention de type sécuritaire s'appuyant sur la raison d'État et une intervention visant à maximiser la puissance de l'État par le soutien de sa population.

développer le plus possible leurs talents et leurs aptitudes. Cet accompagnement, s'il est constant et approprié, empêchera leur exclusion (MEQ, 1997 : 14).

La politique se veut optimiste et assure de fournir des « occasions » aux enfants pour se développer. Cela semble pourtant paradoxal avec la suite, alors qu'on insiste sur l'utilisation des « moyens nécessaires » pour l'enfant, afin de réussir son parcours. Il y a, encore là, ambivalence entre le souci de structurer l'expérience scolaire de manière à fournir des parcours adaptés et celui de fournir les moyens aux enfants de s'adapter à l'école. La différence est colossale et les données de la RAMQ indiquent que c'est la deuxième stratégie qui sera utilisée, comme les chiffres présentés au prochain chapitre l'indiquent. L'exigence d'une croyance partagée dans l'éducabilité de l'enfant manifeste un contexte où les écoles ont l'obligation juridique de servir de lieux de socialisation pour ces enfants. Dans le cas spécifique de la thèse, il s'agit en effet d'enfants qui vivent des difficultés qui sont rares et qui font d'eux des cas exceptionnels. Le développement de leurs talents et de leurs aptitudes entraîne une obligation de la part des institutions à s'adapter et à proposer d'autres contextes d'apprentissage. La responsabilité du réseau à développer des interventions capables de stimuler l'enfant demeure une entreprise mitigée, alors que la lutte à l'exclusion va de plus en plus passer par les moyens pharmacologiques comme l'indiquent les données de la RAMQ présentées dans le prochain chapitre.

Un tournant entrepreneurial dans le système scolaire québécois est aussi souligné par Pépin (2010). Le contexte de la réforme pédagogique, qui va mettre de l'avant les principes d'une pédagogie active où l'on va promouvoir un entrepreneuriat de soi comme mode de développement des compétences chez l'élève, nécessite une réorganisation des modes d'évaluation et d'enseignement. Évidemment, ces changements reposent sur la collaboration des acteurs du réseau.

Elle tient aussi à une réorganisation du travail enseignant : davantage de concertation et de travail d'équipe dans le cadre des cycles d'apprentissage, responsabilisation collective de l'apprentissage des élèves au sein du cycle; prise de décision collective des enseignants sur les objets de délibération du conseil d'établissement et participation à cette instance de gouvernement local, etc. (Lessard et al, 2003 : 6).

L'intervention auprès des enfants différents va se faire dans les mêmes paramètres. En 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie le rapport *Agissons en complices* où il souligne l'importance d'encourager l'arrimage des pratiques en éducation avec celles en santé et services sociaux. Après tout, le développement de compétences transversales ne se fait pas seulement dans la salle de classe et l'ensemble des intervenants scolaires peut, et doit, participer à leur développement. Le document annonce la nécessité de « ... se dégager des structures et des mandats particuliers pour se rejoindre autour de l'essentiel : les besoins des jeunes et leurs parents » (MSSS, 1998 : 29). L'apparition de nouveau corps de métiers entraîne un contexte de coordination difficile, des relations de pouvoir nombreuses et un processus lent de consolidation des différentes identités des acteurs du réseau (Lessard et Tardif 2003; Tardif et Levasseur 2010). Ce décloisonnement des pratiques et des mandats de chaque corps de métier est la solution que préconise le ministère pour surmonter les défis de l'intégration des enfants différents. L'État se désigne ainsi comme le moteur de cette coordination à travers la production notamment d'outils d'intervention, de protocoles, de questionnaires, tel que l'annonce la politique d'adaptation scolaire (MEQ, 1999). Ces outils d'intervention vont venir stabiliser les idées des différents acteurs du dispositif biopolitique, en leur fournissant un horizon leur permettant d'orienter leurs évaluations. Plus encore, la politique veut faire une place aux parents dans le processus d'évaluation des enfants en difficulté d'adaptation (MEQ, 1999 : 25).⁵² La volonté de coordination du ministère y est de nouveau affirmée.

Le partenariat entre les secteurs d'intervention doit d'abord se concrétiser à l'échelle locale, notamment au conseil d'établissement avec les parents, le personnel de l'école et les organismes de la communauté, mais aussi à l'échelle régionale et provinciale par la mise en place de mécanismes de concertation en vue d'une meilleure planification, d'une meilleure harmonisation des services (ibid : 27).

On y propose de transformer la vision de la réussite scolaire pour accepter qu'elle se traduise différemment selon les capacités et les besoins des élèves, le contexte est donc propice pour que l'école devienne un milieu de vie qu'il faut ménager de manière à rendre possible l'insertion sociale de la différence. On y réaffirme à plusieurs endroits que : « [t]

⁵² Il s'agit d'un élément important aux conséquences cruciales pour la politique de la signification que nous ne pourrions saisir qu'à la suite du chapitre 5, portant sur un corpus de témoignages de parents.

outes les démarches nécessaires pour aider l'élève à réussir son parcours scolaire et accéder au marché du travail devraient faire partie de son plan d'intervention » (ibid : 22). Le plan d'intervention, qui sera formalisé dans des lignes directrices plus tard, va devenir une trace du parcours scolaire de l'enfant différent. Nous nous attarderons plus particulièrement sur les services pharmacologiques qui vont connaître une croissance importante et mobiliser les acteurs du dispositif biopolitique.⁵³

L'augmentation considérable de l'utilisation de la pharmacologie dans les années 1990 et la résistance de certains parents, de certains professeurs et les débats publics entourant la médication, forcent la mise en place d'une défense de l'intervention pharmacologique. En 2000, un rapport du comité-conseil sur le T.D.A.H. réunit les sous-ministres des deux ministères (MEQ et MSSS) et des experts qui ont mené des consultations sur le T.D.A.H. Le comité constate que les stimulants du système nerveux central (SSNC) sont « ... maintenant utilisés pour d'autres diagnostics, dans des contextes différents, et il en existe une utilisation illégale » (MEQ, 2000 : 4). L'expertise sur la question du T.D.A.H. repose sur une vision médicale et d'entrée de jeu le comité définit le trouble à partir des symptômes du DSM-IV (MEQ, 2000 : 5). Il s'agit d'un élément essentiel permettant l'extension des soins pharmacologiques. Le contexte nord-américain du Québec y joue pour beaucoup, alors qu'en France par exemple le trouble est envisagé comme un trouble des conduites qui demande une intervention psycho-sociale, le DSM-IV met l'emphasis sur l'aspect fonctionnel du cerveau et du trouble qui en résulte. Cela légitime d'autant l'utilisation de la pharmacopée.

La section 2 du rapport décrit le contexte politique de la naissance du comité et contient un bilan de la littérature sur le trouble. Le comité positionne son rapport dans un contexte politique difficile où les acteurs du réseau de l'éducation et le gouvernement n'ont pas les moyens de répondre aux questions du public en ce qui concerne la médication. La légitimité

⁵³ Un autre outil de coordination existe dans le réseau et est susceptible d'être utilisé pour la gestion des cas de T.D.A.H., soit le *Plan de service individualisé* : « Il s'agit d'une démarche par laquelle les établissements ou organismes, avec la participation active de la personne ou de son représentant et en se référant au projet éducatif ou personnel identifié par ces derniers, planifient et coordonnent l'ensemble des services requis pour répondre aux besoins de la personne » (CISSS de Laval, 2019). Nous allons toutefois nous concentrer sur le plan d'intervention qui est le plus près du milieu scolaire.

des moyens est contestée et le dispositif biopolitique n'est pas arrivé à rétablir un ordre discursif permettant de supporter les pratiques de soin. Une sous-section concerne les données sur la consommation qui circulent dans les médias, tandis qu'une autre s'attarde à la perception du personnel enseignant vis-à-vis de la médication. Ainsi, le comité affirme :

Les médias d'information rapportent des statistiques concernant la consommation de SSNC et font des liens entre l'augmentation du nombre de prescriptions et certaines pratiques médicales et scolaires. Selon eux, l'étape du dépistage et de l'évaluation des jeunes ayant un TDAH serait écourtée et la décision de prescrire des médicaments serait souvent prise avant que l'évaluation ne soit terminée. Ils notent également des lacunes dans le suivi médical et l'absence d'autres interventions en présence de la médication (MEQ, 2000 : 12).

Le contexte polémique de l'époque entraîne une prudence méthodologique, le document contrastant ainsi avec d'autres rapports et des documents consultés.⁵⁴ Ce souci de s'appuyer sur la science confirme l'importance stratégique du rapport qui souhaite initier une série d'actions propre à la biopolitique, ni plus ni moins qu'une entreprise d'établir de nouveaux régimes de vérité permettant d'y structurer les pratiques. En 1998, l'existence du trouble est largement contestée et l'information sur les habitudes de prescription des médecins commence à peine à pouvoir être mesurée et à laisser des traces dans le discours. Le rapport de ce comité est tout à fait singulier dans le corpus des documents gouvernementaux que nous avons étudié. Cette singularité vient de la conjoncture politique d'alors, trois ans après l'apparition du régime public d'assurance médicament. Les données liées à ce régime de soin vont permettre de faire un suivi sur les pratiques de prescription de la médication. On constate une croissance constante du nombre de diagnostics et de services pharmacologiques. Après l'examen de la bibliographie du rapport, certains constats doivent être tirés et certains détails instructifs doivent être relevés alors qu'elle fournit les éléments de contexte du rapport. D'abord, une série d'articles de journaux se trouvent en bibliographie et annoncent le contexte du rapport. Le corpus en contient 34 en tout qui ont tous été publiés en 1998 dans des médias du Québec, en français et en anglais

⁵⁴ Le rapport compte presque 60 articles scientifiques et des monographies sur la question du T.D.A.H. À titre de comparaison, le rapport sur la réussite des garçons du MEQ en 2004 contient 9 sources sur 24 qui ne sont pas des rapports gouvernementaux et qui sont soit des monographies, soit des articles scientifiques.

(MEQ, 2000 : 41-43).⁵⁵ C'est clair pour le comité : il faut pour l'État auquel on fait rapport de rétablir l'initiative du discours pour en spécifier les termes de la discussion. À part cette particularité, le comité s'appuie aussi largement sur de la littérature médicale provenant de revues scientifiques qui inscrit le rapport dans un contexte scientifique d'alors.

Le comité veut aussi répondre à l'étude pilote de Doré et Cohen qui avait mis à jour une culture de médicalisation dans les écoles. Le comité constate dans son rapport l'ampleur du problème;

Selon les auteurs, les principales conclusions se dégageant de ces discussions sont les suivantes :

- ♦ discours imprécis sur les problèmes qui retiennent l'attention des enseignants et autres acteurs;
- ♦ évaluations psychologiques incomplètes ou non pertinentes;
- ♦ buts inconnus ou imprécis de ces évaluations;
- ♦ évaluation psychosociale quasi absente;
- ♦ évaluation médicale et diagnostic de TDAH nécessairement « arbitraire »;
- ♦ intervention multimodale inexistante;
- ♦ médication omniprésente à toutes les étapes du processus;
- ♦ acteurs impuissants (Ibid : 15)

L'omniprésence de la médication dans un contexte d'absence d'information pour les acteurs du réseau place les médecins dans une situation d'arbitraire où leur moyen d'intervention, le médicament, a des problèmes de légitimité. La solution sera de promouvoir le diagnostic différencié. Les conclusions du comité insistent sur la nécessité d'agir à la fois sur les systèmes de connaissance qui entourent les pratiques de médication des enfants et sur le développement de services de soutien aux professeurs et aux parents. Un plan d'action sera publié la même année, ses principaux objectifs étant de suivre l'évolution des connaissances et d'assurer leur diffusion, de soutenir le personnel en regard de l'évaluation, du diagnostic, de l'intervention et du traitement, et enfin de favoriser l'accès aux ressources et la concertation des interventions tout en soutenant les parents (MEQ, 2000a).

⁵⁵ Nous donnons quelques titres en vrac qui donnent un exemple de la teneur de ces articles: « Les pilules remplacent-elles les éducateurs? », « On prescrit trop vite le Ritalin », « Le temps d'une paix », « Les jeunes Ritalin, enfants de Duplessis de demain? » ou encore « Harcelés par l'école pour qu'ils administrent du Ritalin à leur fils ».

Suite à une modification de la loi sur l’instruction obligatoire en 2001, la direction de l’adaptation scolaire devra rendre des comptes du développement de ces services complémentaires que les établissements scolaires vont devoir maintenant fournir aux élèves notamment pour ceux qui souffrent de handicaps. La Loi sur l’instruction publique établit un droit pour l’élève à des services d’éducation préscolaire et des services d’enseignement primaire et d’enseignement secondaire. (LIP, art. 1, MEQ, 2002 : 11). L’élève a aussi droit, dans le cadre des programmes offerts par la commission scolaire, aux autres services éducatifs complémentaires et particuliers dont le réseau dispose. Ces droits vont s’exercer grâce à l’accès de services de psychologie, psychoéducation, orthophonie, orthopédagogie, de l’éducation spécialisée et de différents services sociaux (MEQ, 2002 : 14). Pour autant, l’augmentation des besoins ne passe pas nécessairement par une bonification des services. Les orientations de l’État sont claires, on recherche un gain en efficacité qui s’appuie sur des pratiques interdisciplinaires qui mettent à profit le savoir de nouveaux intervenants dans le réseau de l’Éducation. Pour que cela soit possible, l’intervention doit pouvoir compter sur un « langage commun » (ibid : 57). Suite à ce rapport, le gouvernement entend structurer et coordonner les acteurs grâce un dispositif de production de vérité et de signification qui va arriver à s’inscrire dans le discours social, T.D.A.H. L’encadré ci-dessous est tiré du document et tente de donner des pistes que le ministère suggère, permettant de maximiser les interventions grâce à une action multidisciplinaire.

Figure 8 : Les mots de l’État — maximisation des ressources humaines grâce à l’approche multidisciplinaire

Voici quelques exemples illustrant comment les personnes-ressources de différents services éducatifs complémentaires peuvent travailler en concertation, participer à la mise en œuvre de plus d’un programme et développer l’interdisciplinarité dans l’intervention.

- Un animateur de vie spirituelle et d’engagement communautaire dans le cadre d’un projet portant sur le monde de la science collabore avec des enseignants pour faire vivre une réflexion sur le sens de la vie.
- Un éducateur spécialisé, une psychologue et un enseignant réalisent un projet de parrainage permettant à des élèves ayant une déficience intellectuelle de s’engager activement dans les activités offertes durant l’heure du repas de midi.
- Une orthophoniste conseille des enseignants dans le choix des approches à privilégier pour faciliter le transfert des apprentissages faits par des élèves ayant reçu des services d’aide.
- Une orthopédagogue et un travailleur social unissent leurs efforts auprès de parents d’élèves vivant en milieu défavorisé afin de les soutenir dans leur tâche d’accompagnement

de leur enfant dans ses apprentissages.

- Une psychoéducatrice et un conseiller d'orientation collaborent à la réalisation d'activités d'apprentissage ou de projets d'équipe permettant à des élèves ayant des difficultés d'ordre comportemental d'exercer différents rôles et responsabilités dans l'école.
- Une infirmière scolaire collabore avec des enseignants pour susciter une plus grande participation de groupes d'élèves à des activités de loisirs à l'heure du repas de midi afin d'améliorer la concentration de certains élèves durant l'après-midi.

Source : MEQ, 2002 : 47.

Les exemples nous paraissent optimistes et le fait d'imaginer une infirmière qui joue au ballon sur l'heure du midi, dans un contexte où le personnel se plaint de plus en plus d'être débordé par la tâche, est à la limite du saugrenu. Le déploiement du plan d'action et des services complémentaires se mettent en place dans un contexte pour les politiques publiques très particulier. Comme l'affirment Lessard et Tardif :

Au cours des années 2000-2003, plusieurs développements en matière d'imputabilité et de reddition de compte voient le jour. D'une certaine manière, on peut affirmer que par ce biais, le « new public management » pénètre le monde scolaire, ainsi que ses leitmotivs : l'efficacité, l'efficience, l'obligation de résultat et le contrôle a posteriori à partir d'indicateurs quantitatifs, le libre choix de l'école, la concurrence entre les établissements, les projets particuliers, l'approche-client, etc (2003 : 6-7).

Le document insiste sur la nouvelle place de l'école depuis la réforme de 1997, dès sa décentralisation et l'autonomisation des équipes-écoles. Définir un projet éducatif de l'école doit ouvrir l'espace scolaire en permettant le développement d'un milieu de vie qui emporte l'adhésion des enfants.

L'enjeu biopolitique que représente l'enfant différent apparaît d'abord dans le risque sécuritaire qui vient avec les enfants qui souffrent d'impulsivité et d'hyperactivité. L'offre de services spécialisés et complémentaires au travail enseignant va venir élargir la mission des institutions d'éducation. C'est d'abord pour ces cas limites que l'insertion psychopharmacologique dans l'école est nécessaire. Ce mode d'intégration scolaire passe par une coordination entre les ministères de l'Éducation et de la Santé à partir d'ententes « intersectorielles » permettant de déployer les soins (MSSS, 2003a). La continuité des soins sera assurée par l'équipe d'intervention jeunesse qui sert de mécanisme formel de

coordination des différents établissements concernés par la « problématique jeunesse » (Ibid : 35). La concertation est l'enjeu majeur qui y est soulevé : à l'échelle locale, il faudra établir des lieux de discussion et d'entente pour favoriser les échanges et la continuité des soins. C'est encore une fois « une vision commune » qu'il s'agit de déployer pour assurer la complémentarité de l'intervention des différents acteurs. La modification du Code criminel en 2002 aurait pu entraîner des changements dans l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse en mettant en danger la prépondérance qui était jusqu'alors donnée à la réhabilitation (MSSS, 2002). Québec va revoir sa loi pour réaffirmer cette prépondérance qui passe dans de nombreux cas par la thérapeutique pharmacologique.

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence des services sociaux sont mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention auprès des enfants. Un comité va s'assurer du suivi de ce « continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille » (MSSS, 2004). Les acteurs de ce continuum agissent à la limite du basculement du problème d'intégration vers un problème sécuritaire, étant régis notamment par la Loi sur la protection de la jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse. Des outils administratifs vont venir forcer la coordination des différents acteurs et favoriser l'adoption d'une nouvelle grammaire en matière d'intervention psychosociale. La Loi sur la santé et les services sociaux prévoyait déjà la mise en place de plan de service individualisé pour les bénéficiaires, le MEQ va de son côté mettre en place un outil semblable, le *plan d'intervention* qui servira d'outil de coordination. Ce dernier sert à documenter l'intervention sur l'élève handicapé ou en difficulté afin d'assurer le suivi et l'échange d'information. En 2004, un cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention est publié. Encore une fois, l'enjeu de la collaboration des différents acteurs est souligné :

... le langage utilisé pour parler des élèves concernés par la démarche du plan d'intervention a beaucoup évolué à travers le temps; on ne parle plus d'enfance exceptionnelle ou d'enfance inadaptée, mais bien d'adaptation scolaire, d'élève en difficulté, d'élève à risque ou encore, d'élève ayant des besoins particuliers (MEQ, 2004b : 4).

La mobilisation escomptée se manifeste dans le phrasé du rapport. L'objectif du plan sera finalement de servir à tisser des liens entre l'école et les services communautaires, les

services de santé et les services sociaux, afin de coordonner l'action de tous en créant une communauté autour de l'élève. « La démarche du plan d'intervention est souvent l'occasion unique de mettre ensemble toutes ces ressources à profit et de fournir, au jeune qui en a besoin, l'accompagnement souhaité » (MEQ, 2004b : 34). Un exemple précis de ce genre de coordination est présent dans la région de la Montérégie. Le *continuum d'intervention* « *jeunes en difficulté et leur famille* » est un exemple du dispositif biopolitique qui s'affaire à coordonner les divers acteurs impliqués dans la gestion de ces enfants différents. Mais la croyance qui pousse le gouvernement vers cette coordination vise plutôt à pallier un problème d'effectif.

Afin de contrer le manque de ressources, le manque d'accès, de continuité et d'intensité des services et pour assurer un arrimage serré avec le continuum « Interventions universelles » et les autres continuums touchant les jeunes, une équipe intégrée famille utilisant un ensemble de programmes, de processus et d'approches interdisciplinaires et intersectorielles devrait être constituée dans chaque CSSS (CIJDF, 2005 : 8).

Dans le contexte politique d'alors, les ambitions de favoriser une symbiose entre les différents acteurs ne sont pas envisagées du point de vue qualitatif, au sens d'une amélioration des pratiques grâce à l'interdisciplinarité des acteurs. Tous ces efforts pour améliorer l'offre de services, notamment en santé mentale, auprès des jeunes, demeurent liés à la question de l'utilisation de la médication. La question du langage commun ne cesse de revenir dans l'ensemble des publications gouvernementales qui touchent l'intégration des jeunes en difficulté. L'omniprésence de la médication force une forme de coordination épistémique qui va déplacer le champ de savoir de chacun des acteurs du dispositif de soins.

Depuis, le rapport critique de Doré et Cohen en 1997, les publications dans les journaux de la province sont citées dans les documents de l'État comme autant de motivations à restructurer le champ d'intervention scolaire. Un rapport synthèse sur la réussite des garçons montre cette réaction défensive de l'État qui veut continuer à légitimer l'intervention telle qu'elle opère. Les données le montrent depuis les années 1990, les garçons sont les plus susceptibles d'être médicamentés et la croissance des diagnostics se

poursuit. Le document qui doit servir de cadre de référence à la mise en place d'un plan d'intervention mentionne d'entrée de jeu :

On a pu lire dans les journaux, les titres suivants : « La revanche des filles », « La formation a-t-elle un sexe? », « S.O.S. Garçons », « Faut-il s'inquiéter pour les hommes de demain? », « Garçons en déroute », « Accès aux études supérieures : les filles loin devant » et bien d'autres (MEQ, 2004b : 1).

En répondant à ces critiques, l'État québécois s'inscrit dans cette lutte pour la signification qui contribue à légitimer, à la fois chez le public et chez les professionnels, l'augmentation considérable de la prescription de psychostimulants chez les enfants d'âge scolaire. La mention n'est pas explicite, mais l'enjeu demeure de pouvoir intégrer l'enfant, notamment les garçons, dans le milieu scolaire grâce à la médication. La fin du rapport est en ce sens instructive. Elle explore différentes méthodes qui ont été testées pour faciliter l'intégration des garçons allant de la non-mixité à différentes approches pédagogiques. On termine le rapport en soulignant l'importance de faire bouger les garçons pour leur permettre de s'intégrer à l'école. Cette recommandation est en droite ligne avec les revendications de parents et de plusieurs journaux afin de diminuer la quantité de psychostimulants à l'école. Le problème de la disproportion entre les filles et les garçons, à la fois dans la réussite scolaire et dans le nombre de diagnostics de T.D.A.H. va forcer l'État à évaluer la corrélation entre le genre et ces deux phénomènes. Le document *La réussite scolaire des garçons et des filles : l'influence du milieu socio-économique* (MELS, 2005) montre clairement que la réussite scolaire n'est pas liée au genre, mais plutôt aux conditions économiques des enfants. De la même manière, le processus de différenciation des symptômes, qui va être promu à partir des années 2000 dans le réseau, discrédite la validité de la question du genre dans ces problèmes d'insertion sociale sans pour autant offrir de solutions aux problèmes sociaux et économiques.

En 2005, lors des négociations collectives entre le gouvernement et les syndicats de l'enseignement, la question de l'intégration des élèves handicapés devient un enjeu important (CELA, 2006 : 4). Comme le mentionne la Commission de l'éducation en langue anglaise (CELA) :

Le problème vient de ce que les enseignants doivent maintenant composer, sans y être préparés, avec un nombre croissant d'élèves déclarés à risque : ceux qui ont des difficultés d'adaptation, des troubles du comportement, des difficultés d'apprentissage mineures ou des troubles d'apprentissage qui exigent une attention soutenue (CELA, 2006 : 19).

Les constats de l'organisme sont clairs, les écoles n'ont pas les moyens de traiter la multiplication de ces cas. En 2006, un guide est publié par le ministère de l'Éducation à l'intention du personnel scolaire afin de promouvoir « l'École en santé ». Ce guide vise à contourner le problème de financement par une meilleure concertation des acteurs en place, la recette est bien connue. Le contexte de ce guide est présenté ainsi :

C'est dans cette foulée que le présent guide propose l'approche École en santé. Cette approche s'inscrit dans l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (Gouvernement du Québec, 2003) ainsi que dans le Programme national de santé publique (MSSS, 2003). Dans ces deux documents, École en santé est désignée comme une « intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école » (MELS, 2005a : 2).

Le concept « d'École en santé » veut traduire la volonté de faire du milieu scolaire un terrain de promotion et de prévention de la santé. Dans le contexte, il est difficile de ne pas voir ce concept comme la suite logique d'une transformation de l'école en une entité d'intervention de plus en plus médicale. L'objectif du plan est encore une fois de dynamiser la concertation des acteurs, cette fois-ci dans le but d'agir sur les facteurs de risque à la santé des jeunes. Il s'agit d'un guide qui vise à agir en amont des problèmes. L'école prend ici la forme d'un instrument de détection de santé publique qui ne peut que soulever des questions alors que le contexte en est un de médicalisation croissante comme les chiffres nous l'indiquent. Le guide résume la proposition ainsi :

Plutôt que de cibler les problèmes, École en santé propose d'agir en amont sur l'ensemble des facteurs clés qui influencent le choix des jeunes et les problématiques qui les affectent. Il importe donc de faire converger les actions pour développer et consolider les habiletés et les compétences des jeunes, les soutenir dans leurs choix, prévenir les problèmes qui peuvent les affecter et leur offrir des milieux de vie harmonieux (idem : 16)

Évidemment, les intervenants du dispositif vont avoir des responsabilités dans l'édification d'un contexte de prévention, mais l'enfant seul devra « tirer profit » de ce contexte, puisque les moyens mis à disposition de l'école vont continuer à s'appuyer sur la maximisation de l'efficacité du réseau par la concertation de ces acteurs. En 2006, le ministère de l'Éducation va évaluer les différents cheminements qu'ils proposent aux enfants différents.

Peu importe l'âge d'arrivée au secondaire, les élèves ayant un TC (trouble du comportement) réussissent moins bien leur cheminement scolaire que ceux ayant une DLA (difficulté légère d'apprentissage) ou une DGA (difficulté grave d'apprentissage) : ils passent au total moins d'années en classe ordinaire et abandonnent leurs études plus tôt. Parmi les élèves inscrits en classe ordinaire au début du secondaire, ceux ayant un TC sont deux fois moins nombreux que ceux ayant une DLA ou une DGA à obtenir un diplôme après cinq ans. (MELS, 2006 : 26)

L'enjeu biopolitique est ainsi réaffirmé. Il est clair que le risque que représente l'enfant différent n'est pas le même selon les difficultés qui sont les siennes, mais l'enjeu le plus important pour l'État est cet enfant pour qui la différence cause un trouble social. Le défi de l'intégration dans les classes ordinaires est important, il faut éviter de revenir à une dynamique d'isolement de ces cas et à un traitement à partir d'une situation d'exception qui le ferait basculer dans le régime de la protection de la jeunesse.⁵⁶ C'est d'ailleurs tout l'enjeu que fait ressortir le rapport du comité sur la santé mentale dans les centres jeunesse (MSSS, 2007). Le trouble de comportement (TC) est un problème politique parce que l'enfant perturbe le climat d'apprentissage de la classe. Ce parcours se solde par une incapacité à s'insérer dans le milieu du travail. Le rapport montre l'état dans lequel se retrouvent les enfants en centres jeunesse : ce portrait désolant suffit à encourager n'importe qui à tout tenter pour éviter que des enfants se retrouvent dans cette situation.

En 2008, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur publie un autre plan d'action afin de soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficultés d'apprentissage.

⁵⁶ Ces cas sont toujours possibles comme le montrent les données présentées dans le prochain chapitre, mais l'espace scolaire doit devenir le lieu de cette intervention biopolitique propre à prévenir ce glissement vers un modèle plus sécuritaire.

Le gouvernement s'engage à réduire le nombre d'élèves par classe dans les écoles où l'indice de développement économique le justifie. L'approche demeure la même.

Le MELS adoptera et diffusera un cadre de référence visant à soutenir le milieu concernant les modalités d'intervention à l'intention des élèves ayant des difficultés de comportement. Il sera destiné aux intervenants scolaires, particulièrement les enseignants, afin de les guider dans leur intervention auprès des élèves (MELS, 2008a : 2).

Le ministère va aussi publier un plan d'action s'intitulant *Éducation, emploi et productivité* (MELS, 2008). La formation professionnelle va apparaître comme une voie de sortie importante de l'école. Plus que jamais, la fonction de l'école est envisagée comme un moyen pour former de la main-d'œuvre.

Les mesures proposées se déploient sur cinq ans; elles invitent à un nouveau partenariat entre les acteurs de l'éducation et de l'économie afin qu'ils unissent leurs forces, resserrent leurs liens et s'investissent encore davantage dans la poursuite d'un objectif commun, soit celui d'assurer la prospérité du Québec, de ses régions et de ses citoyens. (MELS, 2008 : 9)

La formation professionnelle est la voie privilégiée pour assurer l'insertion sociale. Après trois ans d'attente, les lignes directrices vont finalement être publiées en 2011. Le document est mince et contient bien peu de solutions pour les acteurs qui doivent gérer l'intégration scolaire des enfants handicapés. Le rapport fait neuf pages et se conclut par un propos plutôt laconique.

Enfin, le Ministère poursuivra la diffusion des résultats de recherches pouvant orienter l'action des milieux scolaires vers les meilleures pratiques en matière d'intégration scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Il diffusera notamment un guide évolutif des pratiques exemplaires en matière de diversification de regroupement (MELS, 2011 : 9).

La constance de l'État dans cette posture n'a rien pour surprendre. En agissant ainsi sur la signification, l'État québécois renverse la responsabilité de l'action sur les acteurs du réseau. On remarque qu'au milieu des années 2000, la question de l'enfant différent n'est plus envisagée de manière « défensive » dans les documents étudiés. L'objectif n'est pas seulement de rétablir les faits (rapport du comité sur le T.D.A.H. en 2000) ou de

documenter certains problèmes (rapport sur la réussite des garçons en 2004), mais de structurer l'environnement éducatif pour qu'il produise de meilleurs résultats dans sa mission de scolarisation. Nous pensons ainsi à l'exemple du guide pour la mise en place du concept de « l'École en santé (2006) ». Cela marque pour nous une rupture dans le dispositif biopolitique. Comme nous l'avons analysé dans les premiers chapitres de la thèse, l'intervention dans le soutien social reste difficile pour l'État dans un contexte libéral. Cette politique de la signification, qui se poursuit à travers les années 1990 et 2000, est une manière d'agir « juste assez ». Lessard, Henripin et Larochelle (2003) rappellent que le contexte de la mise en place du « new public management » dans le système scolaire à la fin des années 1990, va avoir un effets sur les dépenses gouvernementales qui représentaient environ 28 % du budget total en 1992-1993 et qui vont se contracter et se stabiliser à 25 % environ entre 1998 et 2003. Rien d'étonnant donc dans cette politique de la signification qui vise à défendre la légitimité des actions des appareils d'État en donnant des services éducatifs à moindre coût.

C'est en ce sens que l'État a pu assumer un « leadership » dans la production d'une nouvelle culture d'intervention. L'ouverture d'un espace interdisciplinaire va aussi avoir une influence décisive sur la manière dont se structure le champ. Comme le montre la recherche, cette interdisciplinarité entraîne des difficultés pour développer des pratiques collectives et une vision commune (Levasseur et Tardif, 2003; Kalubi et Lesieux, 2006; Freyd, 2009). Ces études montrent toutes des écarts dans les représentations des acteurs impliqués dans les processus de diagnostic. La mise en place d'outils de coordination comme le plan d'intervention, mais aussi la circulation des questionnaires, des quiz et d'innombrables autres documents liés au trouble entretient des relations durables entre les différents acteurs du champ. C'est notamment grâce à cela que le langage ordinaire va s'enrichir d'une grammaire des symptômes du trouble et donner un sens aux comportements qui étaient jusqu'alors envisagés comme des problèmes comportementaux. Même si des écarts demeurent dans l'appréciation des symptômes, un certain type de difficulté d'intégration sociale et scolaire va se résoudre en un mot : T.D.A.H.

Synthèse

La collaboration n'est pas apparue naturellement et le leadership de l'État y a joué pour beaucoup comme nous venons de le constater. La rencontre des différents acteurs du dispositif n'a pas donné lieu à une interdisciplinarité de « proximité » pour reprendre les mots de Jolivet et Legay (2005). Cette dernière :

[...] procède d'une dynamique endogène de la recherche, c'est-à-dire d'une sorte de « mûrissement » progressif et collectif des questions au sein de communautés scientifiques très spécialisées (on pourrait alors parler d'une « interdisciplinarité endogène »), alors qu'il existe en effet une interdisciplinarité résultant des changements dans les rapports entre science et société : une interdisciplinarité que l'on pourrait, en somme, qualifier d'« exogène » (idem : 185).

Comme nous l'avons vu, l'État québécois est ce facteur exogène qui travaille de manière considérable à produire les bases de cette interdisciplinarité permettant une coordination des intervenants scolaires. Plutôt que d'être le fruit d'un « mûrissement » de la communauté d'intervention, il s'agit plutôt d'une politique de la signification où différents vecteurs d'autorité vont se mobiliser pour standardiser les pratiques. Il ne s'agit pas de dire que l'État a organisé toute cette politique. Bien évidemment, l'État ne contrôle pas l'ensemble des structures de vérification. Pensons au Collège des médecins qui va produire des outils de diagnostic, il serait faux de dire que la science médicale a reçu une commande politique afin de produire et d'organiser de la connaissance. Ce que nous avons souligné, c'est plutôt la façon dont l'État a choisi de coordonner l'interaction entre certains acteurs et savoirs qui a eu pour résultat de justifier et de légitimer l'utilisation de la médication. Même si la recherche indique les ratés de ce développement du langage commun, au milieu des années 2000, l'implication des parents dans le dispositif de soin va venir consolider les efforts « institutionnels » dans la coordination du savoir. Comme nous allons le montrer dans le chapitre 5, les parents, en formant des communautés bio-sociales, vont parachever le travail de signification initié par l'État.

Avant de passer à l'analyse du rôle des parents dans le dispositif biopolitique, il nous faut examiner les acteurs clés de ce dispositif : les médecins. Ce sont eux qui assurent la persistance de la circulation de la médication dans le système scolaire. Cela force le

gouvernement à produire une politique de la signification pour coordonner les acteurs du dispositif biopolitique de manière à assurer leur cohérence. Le chapitre qui suit va donc montrer l'ampleur de l'activité d'insertion pharmacologique de l'enfant dans l'école. Sans une compréhension claire de cette intervention, il est impossible de saisir tous les efforts gouvernementaux afin de coordonner l'activité des différents acteurs et d'apprécier l'importance de stabiliser les savoirs qui légitiment ce type d'intervention. Au tournant des années 2000, il deviendra essentiel de pouvoir compter sur l'acceptation large et partagée du T.D.A.H. en tant que diagnostic de santé mentale, afin de pouvoir assurer l'insertion psycho-pharmacologique de la différence à l'école.

Chapitre 4 : Le corps médical et son action dans le champ scolaire; sur les traces d'une thérapeutique

Une technologie qui vise au fond les individus jusque dans leur corps, dans leur comportement; c'est *grosso modo* une espèce d'anatomie politique, d'une anatomie-politique et le perfectionnement d'une biopolitique

Foucault, 2001a : 1013.

Mais ce qui nous intéresse ici plus particulièrement, c'est que, dans l'horizon biopolitique qui caractérise la modernité, le médecin et le scientifique se meuvent dans ce *no man's land* où, autrefois, seul le souverain pouvait pénétrer

Agamben, 1997 : 172.

La thèse nous a permis jusqu'ici de montrer comment l'extension des droits de l'enfant a entraîné une série d'actions posées par le gouvernement de manière à organiser l'inclusion de plus en plus les enfants différents à l'école. Nous avons aussi constaté que le contexte de la réforme pédagogique de 1997 avait disposé les pratiques d'enseignement de manière à promouvoir une pratique différenciée qui met de l'avant un parcours individuel. Cette attention sur l'individu s'est accompagnée d'une entreprise de structuration du discours sur le T.D.A.H. menée par le plan d'action de 2000. Le gouvernement a initié cette politique de la signification qui visait à renverser certaines idées et à légitimer l'intervention psychopharmacologique. L'initiative de coordonner les acteurs du réseau scolaire a permis la circulation de savoirs à travers des outils comme le plan d'intervention et, comme nous le verrons dans ce chapitre, des questionnaires de diagnostic. La présence et l'interaction entre les acteurs du réseau ont produit un contexte d'interdisciplinarité qui rendaient la cohésion et la cohérence de l'intervention biopolitique difficiles. Dans un contexte comme celui-là, une seule intervention s'est imposée : la médication. La diversité des acteurs du réseau n'a pas permis une solidarisation des acteurs pour remettre en question cette dernière, d'autant qu'elle bénéficiait d'une aura d'autorité qui lui venait à la fois de ses administrateurs, les médecins, mais aussi du gouvernement qui a mobilisé les appareils d'État de manière à défendre sa légitimité.

Le point de rencontre du champ de savoir de la pédagogie et de la psychiatrie est apparu grâce à une pragmatique qui orientait les pratiques des deux champs dans la même direction. À la fois la pédagogie et la psychiatrie ont intégré dans les axiomes qui fondent leur pratique évaluative le fait que chaque parcours est singulier et qu'il nécessite une intervention singulière. Les accusations de « dopage » ont fait en sorte que les processus de diagnostic ont dû s'appuyer sur un examen clinique qu'il fallait mettre en valeur, celui du diagnostic différencié capable de distinguer entre un problème d'attention et un problème d'hyperactivité, qui peut déterminer si c'est l'impulsivité qui pose un problème, etc. C'est ce qui a permis de donner une crédibilité à l'examen clinique et de se battre contre les critiques qui l'accusaient d'être un mécanisme général de dopage. De même, la pédagogie, en se concentrant sur le développement des compétences, a placé la singularité de l'enfant au cœur de sa pratique. La rencontre de ces deux champs a permis que s'échangent des savoirs et des pratiques puisque chacun d'eux avait au fond la même approche de différenciation qui fait de l'enfant un cas.

La prochaine partie de la thèse nous plonge en plein cœur de cette rencontre obligée entre les deux champs alors que l'ensemble de ces marques statistiques est la trace d'un processus qui a entraîné la cohabitation plus ou moins forcée entre des médecins, des parents et des acteurs scolaires (professeur, orthopédagogue, etc.). L'analyse des données de la RAMQ entre 1997-2015 portant sur les actes médicaux posés et sur les remboursements de services pharmacologiques nous permet de mettre en lumière le nombre d'interactions entre ces acteurs de manière à assurer l'opérationnalisation de la psycho-pharmacologisation de l'insertion sociale à l'école.⁵⁷ Ce que nous allons montrer dans ce chapitre, c'est que partout au Québec, la pratique de diagnostic augmente, se complexifie et entraîne la prescription toujours plus importante de psychostimulants. Nous allons faire le constat des résultats de cette action minimale de l'État québécois en matière d'intégration à partir des nombreux *cas* associés à ces marques statistiques. Chacun d'entre

⁵⁷ Les données de facturation de la RAMQ sont disponibles et peuvent être obtenues après l'envoi d'un formulaire prévu à cet effet sur le site internet de la régie. Il est à noter que pour arriver à obtenir ces données, il faut obtenir les codes d'actes médicaux et de médicaments qui sont envoyés par les professionnels à des fins de remboursement. Il s'agit là d'un frein important à l'accessibilité de ces données puisque ces codes sont difficiles à trouver et à interpréter pour le commun des mortels.

eux s'inscrit dans le contexte biopolitique de l'État québécois qui doit veiller à prévenir les risques sécuritaires et assurer l'insertion dans le travail en agissant « juste assez ».

C'est parce que les médecins, omnipraticiens comme les spécialistes, sont les seuls à pouvoir poser un acte de diagnostic de T.D.A.H., qu'ils occupent une position stratégique dans le dispositif biopolitique.⁵⁸ Encore plus important, ils agissent à titre de fondement du savoir nécessaire à l'administration de la médication et à sa légitimation. Ce sont eux qui nomment le diagnostic et qui grâce aux moyens dont ils disposent les rendent indispensables pour la société. Cette capacité à aider une personne aux prises avec de terribles difficultés donne à ces actes un pouvoir social, bien évidemment par la reconnaissance qu'il procure à ses auteurs, mais surtout grâce à l'effet de masse que procure l'adoption collective de moyens concertés pour gérer l'insertion scolaire des enfants en difficulté. C'est pour cette raison que leurs actes doivent être examinés de manière à en mesurer l'intensité et la distribution à travers le temps et l'espace de leur pratique. Ce que nous allons constater, c'est que cette biopolitique opère selon différents régimes d'intensité à travers le Québec. Ce que nous soutenons c'est que malgré les variations dans cette intensité une chose demeure, la pratique contestée de diagnostic est suffisamment intense partout au Québec pour forcer la mise en place d'une politique de la signification. Attardons-nous donc à des acteurs clés de cette entreprise de production de vérité : les médecins.⁵⁹

Les médecins

La perspective anthropologique de Didier Fassin (1996) sur le rôle des médecins nous rappelle qu'ils ont toujours occupé des fonctions sociales importantes et, à ce titre, ils sont des acteurs biopolitiques incontournables. Nous l'avons aussi vu dans les chapitres précédents; leur rôle a été essentiel pour structurer l'école et, comme le soutient Turmel

⁵⁸ Durant la période étudiée, les médecins étaient les seuls habilités à poser l'acte de diagnostic donnant accès à la médication. Cependant avec l'entrée en vigueur de la loi 21 sur l'évaluation des troubles mentaux à la fin 2013, les psychologues de Québec se voient reconnaître le droit de poser un diagnostic psychologique. (Ordre des psychologues du Québec, 2013). Cependant, comme ils ne peuvent écarter du diagnostic la possibilité, par exemple, d'un problème anatomique dans le cerveau (ce qui requiert de l'imagerie cérébrale et qui ne peut qu'être fait par des médecins), les psychologues ne peuvent plus prescrire des psychostimulants.

⁵⁹ Pour trouver la liste de tous les lieux de dispensation des soins de pédopsychiatrie consultez l'annexe 3.

(2008), faire apparaître la catégorie sociale de l'enfant. Ces auteurs nous rappellent que la médecine, comme toutes les sciences d'ailleurs, ne sont pas imperméables à leur contexte social et qu'elles se transforment à travers les moyens dont elles disposent. Même si la médecine possède des mécanismes internes qui lui permettent une forme de réflexivité et qui lui assurent une perspective critique sur sa propre activité, elle n'arrive pas à s'autonomiser du pouvoir de l'État et à s'affranchir de sa biopolitique. Les médecins, même s'ils sont critiques dans leur activité, demeurent ainsi prisonniers d'une pragmatique du pouvoir qui ne laisse que peu de place dans le choix de leur moyen d'action. Leur statut fait d'eux des acteurs incontournables dans la consolidation du dispositif biopolitique, et ce, pour deux raisons : d'abord, ce sont eux qui tranchent les séries d'observations menées sur les enfants différents grâce à leur examen clinique et posent le diagnostic et, ensuite, ils assurent une crédibilité et une validité aux pratiques de soin grâce à leur autorité.

Comme nous l'avons vu dans les pages qui précèdent, l'action biopolitique de l'État a eu pour but d'arrimer discours et pratiques dans le but de restructurer le champ et mobiliser un certain nombre d'acteurs afin de lutter contre l'exclusion des enfants différents. C'est d'ailleurs pour cette raison que, dès le plan d'action de 2000, des lignes directrices sont demandées au Collège des médecins et à l'Ordre des psychologues pour assurer que leurs membres aient une idée juste de la procédure à suivre afin d'établir un diagnostic précis.⁶⁰ Pour assurer une cohérence dans la pratique, le Collège des médecins publie de nouvelles lignes directrices en 2001 dont le titre nous informe du contexte politique et polémique qui le voit naître, *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité et l'usage des stimulants du système nerveux central*. Le document positionne le problème du diagnostic différencié dans une perspective historique, il affirme que :

Dans les années soixante, certains problèmes de comportement chez les enfants, attribués à une anomalie non spécifique du cerveau, étaient étiquetés *minimal brain dysfunction*. D'autres termes, dont hyperkinésie ou syndrome hyperkinétique, ont également été employés surtout pour insister sur l'élément d'une activité motrice ou d'une agitation anormale. Durant les années soixante-dix, des spécialistes ont relégué au second rang l'hyper — activité comme

⁶⁰ Il peut être utile de rappeler l'importante participation de médecins au comité responsable du rapport ainsi que d'autres professionnels partageant une perspective médicale du T.D.A.H.

caractéristique centrale et se sont concentrés sur les problèmes d'attention et d'impulsivité. C'est en 1980 qu'apparaît pour la première fois la mention, dans le *DSM-III*, d'un trouble déficitaire de l'attention incluant des sous-groupes avec ou sans hyperactivité. Cependant, la version révisée de ce document (*DSM-III-R*) a remis l'accent sur l'hyperactivité. La dernière version (*DSM-IV*) divise, quant à elle, ce trouble en trois sous-types cliniques selon la nature des symptômes prédominants : le type mixte, le type inattention prédominante et le type hyperactivité-impulsivité prédominante (Collège des médecins, 2001 : 3-4).

La version du DSM-IV est celle qui permet que se développe l'idée d'un diagnostic différencié. On mentionne aussi dans le document l'importance de structurer la collecte d'information par les acteurs qui entourent l'enfant, cela corrobore ce que nous présentions plus tôt dans le réseau scolaire lui-même. Grégoire (2002) publie quant à lui la version *formation continue* du journal *Le médecin du Québec* juste à temps pour la rentrée scolaire.⁶¹ Il s'agit d'un résumé des symptômes tiré du DSM-IV paru en 2000. La publication contient aussi des questionnaires à utiliser pour établir le diagnostic différencié.

La différenciation des symptômes sera un moyen de mettre de l'emphase sur la complexité de l'examen clinique et de la précision qu'il requiert. Il s'agit d'un point tournant dans l'argumentaire de ceux qui vont défendre l'existence du T.D.A.H et l'utilisation de la médication. Comme le note Grégoire (2002), il faut éviter de confondre les symptômes avec d'autres troubles possibles. Le diagnostic différencié est donc un pivot épistémique qui va permettre de réarticuler le discours sur le T.D.A.H. sur des bases rigoureuses. Le concept s'appuie sur un élément pragmatique qui est pour nous essentiel à la rencontre entre le champ médical et celui de la pédagogie. Pour bien comprendre la symptomatologie qui affecte l'enfant, il s'agit de donner une place à l'histoire de l'enfant. « Nombreux sont les éléments faisant partie de l'historique familial et de l'évolution antérieure de l'enfant, ce qui fait qu'une partie de ce travail est facilitée pour le médecin qui a une relation longitudinale avec la famille » (Grégoire, 2002 : 49). Le diagnostic différentiel est donc un exercice clinique de clarification des symptômes qui doit se faire par une bonne compréhension de l'histoire de l'enfant. En ce sens, chaque trouble est unique, chaque diagnostic l'est aussi.

⁶¹ *Le médecin du Québec*, vol 37, # 9, septembre 2002

C'est sur ce point que les résistances des professeurs vis-à-vis du diagnostic pourront être contournées. Eux-mêmes vont réorienter leur pratique vers une pédagogie différenciée qui va placer l'enfant au centre de son parcours scolaire. L'approche différenciée permet aussi de réunir une équipe multidisciplinaire où chacun des membres de l'équipe peut faire des observations autonomes de l'enfant. Il permet une cohabitation des autorités compétentes, même dans le cas de divergence de vues. Cet élément pragmatique va servir de *common ground* pour la rencontre des deux champs.

Au tournant des années 2000, il est important pour le dispositif biopolitique de vaincre la perception que le contexte scolaire est un « ... système dysfonctionnel qui maintient son équilibre parce que les acteurs évoluent dans un contexte culturel de médicalisation de l'hyperactivité » (Doré et Cohen, 1997 : 235). Le diagnostic devra s'appuyer sur les observations faites dans les milieux, notamment le milieu scolaire. « Il n'est pas rare que des démarches évaluatives aient déjà été entreprises en milieu scolaire. Si tel est le cas, une discussion avec les professionnels qui y ont participé est particulièrement utile » (idem : 56). Pourtant, dans les faits, le plan d'intervention est souvent l'œuvre d'une seule personne, une éducatrice spécialisée, un travailleur social ou un psycho-éducateur qui colligent les observations des autres acteurs grâce à des outils d'évaluation spécifiques au T.D.A.H.

Figure 9 : Les mots du questionnaire — Qu'est-ce que le T.D.A.H.?

T D A H

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION ET DE L'HYPERACTIVITÉ

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

NOM DE L'ENFANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

À COMPLÉTER PAR : _____ DATE : _____ NO DOSSIER : _____

Jamais 1	Occasionnellement 2	Souvent 3	Très souvent 4
-------------	------------------------	--------------	-------------------

	1	2	3	4
1. N'arrive pas à prêter attention aux détails ou fait erreurs de distraction dans ses travaux scolaires, son travail ou dans d'autres activités.	1	2	3	4
2. Éprouve de la difficulté à maintenir son attention dans ses tâches ou ses activités de jeu.	1	2	3	4
3. Ne semble pas entendre lorsqu'on s'adresse directement à lui (elle)	1	2	3	4
4. Ne suit pas les consignes et ne réussit pas à terminer ses travaux scolaires, ses tâches, ou ses obligations au travail (non dû à un comportement d'opposition ni à une incompréhension des consignes)	1	2	3	4
5. Éprouve de la difficulté à organiser ses tâches et ses activités.	1	2	3	4
6. Évite, déteste fortement, ou est réticent (e) à accomplir des tâches nécessitant un effort mental soutenu (telles que les travaux scolaires à l'école ou la maison)	1	2	3	4
7. Perd des choses nécessaires pour ses tâches ou pour ses activités(par exemple, jouets, carnets de leçons, crayons, livres ou outils).	1	2	3	4
8. Est facilement distrait(e) par les stimuli environnants	1	2	3	4
9. Est porté(e) aux oublis dans ses activités quotidiennes.	1	2	3	4

Veuillez compléter le verso s'il-vous-plaît

Échelle T.D.A.H. (adaptée à partir de l'échelle D.A.H.,
Dr Maurice Boudreault, Centre de pédopsychiatrie de
Québec (anciennement HDSC)

Jamais	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1	2	3	4

10. Agite ses mains, ses pieds ou se tortille sur sa chaise.	1	2	3	4
11. Quitte son siège en classe ou dans d'autres situations où il est requis de rester assis.	1	2	3	4
12. Court partout ou grimpe de façon excessive dans des situations où cela est inapproprié (chez l'adolescent(e) ou l'adulte, peut se limiter à la sensation subjective d'agitation).	1	2	3	4
13. Éprouver de la difficulté à jouer calmement ou à s'engager dans des activités de loisirs tranquilles.	1	2	3	4
14. Est en action ou agit comme s'il (elle) était mu(e) par un moteur.	1	2	3	4
15. Parle de façon excessive.	1	2	3	4
16. Se précipite pour répondre à des questions avant même que l'on ait fini de les poser.	1	2	3	4
17. Interrompt ou s'impose(par exemple s'immisce importunément dans les conversations ou les jeux).	1	2	3	4
18. Dans la mesure où vous pouvez répondre à cette question, les comportements auxquels vous avez répondu «souvent» ou «très souvent»durent depuis combien de temps (encerclez une réponse)?	1) moins de 6 mois 2) plus de 6 mois 3) je ne sais pas			
19. (Questions à l'attention des parents)À votre connaissance, quel âge votre enfant lorsqu'il (elle) a commencé à présenter plusieurs des comportements que vous avez indiqués comme «souvent» ou«très souvent»?	_____ans			

Avez-vous des commentaires à formuler?

1)Points forts :

1)Points faibles :

1)Commentaires :

Les observations sont réunies dans un plan d'intervention, mais elles passent par le filtre de ces questionnaires et elles suivent l'enfant jusqu'au diagnostic. La démarche évaluative oriente les observations faites par les professeurs et devient le point d'appui pour le médecin et le psychologue pour signaler une condition particulière et ouvrir la porte à un régime de soin pharmacologique. Les outils produits sont, comme le fait remarquer Turmel (2008), propres à stabiliser les conceptions et doivent permettre de développer une compréhension mutuelle du processus de gestion de ces cas.

Il faut en convenir, le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité n'est pas passé dans le langage courant au début des années 2000. Nous avons évoqué dans le premier chapitre que les premiers diagnostics parlaient d'enfant nerveux (*nervousness child*) (Turmel, 2008 : 229), différentes versions seront aussi présentes dans le discours social, « les petits tannants », « les hyperactifs », les lunatiques, etc.

Figure 10 : Les mots de la presse – Le T.D.A.H. dit autrement

« Quand j'étais jeune, on disait que j'étais intelligent, mais paresseux, raconte-t-il. J'étais incapable d'écouter une explication » (*La Presse*, 4 octobre, 1998).

« On dira de leur enfant qu'il est un "mal élevé" » (*Le Nouvelliste*, 21 février 2004).

« Ils étaient qualifiés de tannants ou de lunatiques » (*La voix de l'Est*, 14 septembre 2012).

L'inscription de l'acronyme T.D.A.H. dans le discours social au Québec passe par une mise en scène du savoir et de la connaissance. Les médecins jouent un rôle central et dans la performativité du dispositif et c'est par eux que va s'étendre un *imprimatur*, cette trace de la psycho-pharmacologisation de l'insertion dans le système scolaire, qui va marquer le Québec plus particulièrement entre les années 1997 et 2015. Ainsi, nous avons analysé des données de deux ordres : d'abord, la RAMQ peut connaître les médicaments qui sont liés au remboursement des frais des services pharmacologiques; ensuite, elle rémunère les

médecins qui sont eux payés en fonction d'actes qu'ils performant.⁶² Les données de la Régie sont entreposées dans un environnement informationnel et peuvent être exploitées depuis 1997. Ces données permettent d'évaluer la progression de la pratique de soin associé aux troubles de l'enfance.

Présentation des données d'actes médicaux et de services pharmaceutiques de la RAMQ et leur implication dans la politique de la signification

Il existe une convergence entre le travail de signification que vont orchestrer les hommes d'État, tel que nous l'avons vu précédemment, et le travail de terrain que vont assurer les médecins. Bien qu'ils n'utilisent pas les mêmes moyens, ces deux pôles du pouvoir biopolitique vont se compléter l'un l'autre de manière à rendre plus acceptable une intervention, minimale devons-nous le rappeler, permettant de soutenir à la fois l'insertion scolaire des enfants différents et l'insertion dans le travail d'eux et de leurs parents. La succession des chapitres pourrait donner à penser aux lecteurs que le travail de signification orchestré par le gouvernement vient avant le travail clinique des médecins, mais ce n'est pourtant pas ce que nous affirmons. Le travail de signification qui vise à transformer les signes par lesquels est appréhendé le trouble se fait en même temps, voire après, que l'activité clinique, toujours plus intense, sur le terrain se soit manifestée. C'est ainsi que nous devons interpréter chacune des traces statistiques qui sont l'objet de ce chapitre, comme des relais entre les structures du discours et les codes de savoir qu'elles permettent de déployer. Il s'agit donc de point de visibilité de ces nouveaux modes d'appréhension de la différence qui circonscrivent l'action biopolitique québécoise. Ce n'est pas simplement l'enfant malade qui est ainsi rendu visible, mais bien plutôt le T.D.A.H. qui apparaît en se transposant d'un enfant à l'autre en donnant un sens à la différence de chacun.

Le principal objectif de ce chapitre est de montrer la répartition spatiale des actes liés à l'administration du T.D.A.H. et leur variation dans le temps entre les années 1997 et 2015

⁶² Il s'agit de données publiques, mais les codes sont très difficiles à trouver et sont formulés de manière à rendre l'enquête de la part de toute personne non initiée très difficile. De plus, bien qu'il soit prévu d'établir un mécanisme de suivi de la prescription de psychostimulants dans l'échéancier du plan d'action de 2000, nous n'avons trouvé nulle part des données en ce sens.

de manière à établir les limites du champ de l'intervention biopolitique sur la différence au Québec. Nous allons établir cette répartition spatiale à partir de codes d'actes facturés par des médecins ainsi que des demandes de remboursements de médicament effectuées par des pharmaciens. Ces deux types de données sont différents, l'acte médical est la trace de l'investigation clinique et le service pharmacologique est quant à lui son dénouement. Le croisement de ces données permet de constater à la fois la structuration de l'acte médical lui-même, son extension et sa complexification seront les témoins d'une reconnaissance et de son institutionnalisation, et la dispersion des modes de traitement qui en découle. L'augmentation du recours à la médication est certes un des constats importants de l'analyse de ce type de données, mais l'extension de l'arsenal pharmacologique ainsi que le recours au médicament d'exception vont permettre de bien saisir les effets performatifs liés à la biopolitique qui vise à légitimer le T.D.A.H. et les moyens de le combattre.

Ainsi, le premier tableau que nous présentons est celui de la description des régions sociosanitaires.⁶³ Deux régions sont absentes des régions habituellement traitées par la RAMQ, la région 17 qui est le Nunavik et la région 18 qui est la région de la Terre-Cries-de-la-Baie-James qui ont été incluses par la régie lors de leur transmission dans la région 10, Nord du Québec. L'explication fournie dans le devis de livraison était la suivante :

Prendre note que pour respecter les règles de protection de renseignements personnels, les régions 17 et 18 sont incluses dans les résultats de la région 10. La région du Nunavik et celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James seront donc incluses dans la région Nord-du-Québec (RAMQ, 2015).

Les règles de protection des renseignements empêchent la régie de communiquer les données quand un trop petit nombre d'individus est concerné, le regroupement des régions 10-17-18 permet de transmettre des données sans mettre en danger la confidentialité des individus. Selon la loi sur l'assurance maladie et les directives de protection des renseignements personnels, la régie doit s'assurer que les données qu'elle fournit soient anonymes. Par conséquent, certaines données sont mises à zéro ou regroupées, si elles

⁶³ L'appellation « sociosanitaires » de ces régions fait écho à cette entreprise de médicalisation croissante de l'espace social au Québec. Après l'École en santé, la région sociosanitaire.

représentent moins de 5 individus ou moins de 3 dispensateurs, afin de ne pas pouvoir les relier à une personne particulière. Enfin, un dernier code régional était aussi présent dans les données sources de la RAMQ, la région 99 représentait les données pour lesquelles la région n'était pas spécifiée. Nous avons retiré ces données qui étaient très peu nombreuses et que nous avons jugées marginales.

Figure 11 : Les mots de la Régie – Spatialisation du dispositif

DESCRIPTION DE LA RÉGION SOCIO SANITAIRE	
Région sociosanitaire	Description
01	Bas-Saint-Laurent
02	Saguenay — Lac-Saint-Jean
03	Capitale-Nationale
04	Mauricie et Centre-du-Québec
05	Estrie
06	Montréal
07	Outaouais
08	Abitibi-Témiscamingue
09	Côte-Nord
10	Nord-du-Québec
11	Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine
12	Chaudière-Appalaches
13	Laval
14	Lanaudière
15	Laurentides
16	Montréal

La figure 12 présente l'ensemble des codes de médicament associés aux services pharmaceutiques. La régie écrit dans l'introduction du *Manuel pour les Pharmaciens* : « Pour ce qui est du service pharmaceutique, il signifie le service professionnel auquel s'ajoute le médicament ou la fourniture, le cas échéant » (RAMQ, 2018 : 1). Le service pharmaceutique de la RAMQ est la trace comptable d'un remboursement de service associé à la délivrance du médicament, il peut aussi s'agir d'un renouvellement d'une prescription de la part du pharmacien. Pour chaque service rendu, le pharmacien doit entrer un code associé (code DIN) qui permet d'obtenir des informations sur le médicament lui-même. Ces données nous permettront de montrer les variations dans l'utilisation des marques de commerce. Les données permettent de déterminer si l'individu concerné par la demande de remboursement est de sexe féminin ou masculin et de déterminer la région d'où provient l'individu concerné. La Régie inscrit l'adresse des personnes assurées dans son fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) à des fins d'émission de la carte d'assurance

maladie. Les renseignements transmis concernant l'adresse sont une copie fidèle de ce qu'elle détient dans ce fichier, sans garantie d'exactitude.⁶⁴ Il est à noter que les données sur les services pharmaceutiques et médicaments se rapportent exclusivement aux personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments que la Régie administre.

Figure 12 : Les mots de la Régie – Noms de codes des médicaments

Marque de commerce	DIN	Marque de commerce	DIN	Marque de commerce	DIN
Ritalin	5606	Concerta	2250241	Vyvanse	2347156
Ritalin	5614	Strattera	2262800	Vyvanse	2347164
Ritalin SR	632775	Strattera	2262819	Vyvanse	2347172
Biphentin	2277131	Strattera	2262827	Vyvanse	2439603
Biphentin	2277158	Strattera	2262835	Adderall XR	2248808
Biphentin	2277166	Strattera	2262843	Adderall XR	2248809
Biphentin	2277174	Strattera	2279347	Adderall XR	2248810
Biphentin	2277182	Strattera	2279355	Adderall XR	2248811
Biphentin	2277190	Intuniv XR	2409100	Adderall XR	2248812
Biphentin	2277204	Intuniv XR	2409119	Adderall XR	2248813
Biphentin	2277212	Intuniv XR	2409127	Dexédrine	1924516
Concerta	2247732	Intuniv XR	2409135	Dexédrine	1924559
Concerta	2247733	Vyvanse	2322951	Dexédrine	1924567
Concerta	2247734	Vyvanse	2322978		

Quant à elle, la figure 13 porte plus particulièrement sur les médicaments d'exception qui sont liés aux soins pour le T.D.A.H. Les médicaments d'exception sont soumis à un traitement particulier de la part de la Régie en raison soit de leur coût ou de conditions thérapeutiques particulières. Ces médicaments sont colligés par le ministre de la Santé et peuvent être prescrits seulement dans des conditions spécifiques.⁶⁵ À noter que SN103 est le code donné aux médicaments d'exception pour les enfants.⁶⁶

⁶⁴ Il est important de préciser que c'est la responsabilité de la personne assurée d'informer la Régie de son changement d'adresse.

⁶⁵ <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/medicaments/medicaments-patient-exception/Pages/medicaments-exception.aspx> site consulté le 22 juillet 2018.

⁶⁶ Nous avons aussi les données SN132 qui est le code des médicaments d'exception pour les adultes, il s'agit des mêmes médicaments pour les mêmes traitements. Nous n'avons pas fait l'analyse de ces données étant donné que la thèse porte sur les enfants.

Figure 13 : Les mots de la Régie — Noms de codes des médicaments d'exception

	Code DIN	Nom dénomination commune		Code DIN	Nom dénomination commune
SN103	5606	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2318024	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	5614	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2318032	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	259527	clonidine (chlorhydrate de)	SN103	2318040	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	519251	clonidine (chlorhydrate de)	SN103	2318059	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	584991	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2318067	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	585009	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2318075	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	632775	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2320312	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	868949	clonidine (chlorhydrate de)	SN103	2322951	lisdexamfetamine (dimesylate de)
SN103	1910396	clonidine (chlorhydrate de)	SN103	2322978	lisdexamfetamine (dimesylate de)
SN103	1924516	dexamphétamine (sulfate de)	SN103	2326221	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	1924559	dexamphétamine (sulfate de)	SN103	2326248	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	1924567	dexamphétamine (sulfate de)	SN103	2326256	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	2046121	clonidine (chlorhydrate de)	SN103	2347156	lisdexamfetamine (dimesylate de)
SN103	2234749	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2347164	lisdexamfetamine (dimesylate de)
SN103	2247732	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2347172	lisdexamfetamine (dimesylate de)
SN103	2247733	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2378949	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2247734	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2378957	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2248808	amphétamine (sels mixtes d')	SN103	2381028	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2248809	amphétamine (sels mixtes d')	SN103	2381036	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2248810	amphétamine (sels mixtes d')	SN103	2381044	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2248811	amphétamine (sels mixtes d')	SN103	2381052	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2248812	amphétamine (sels mixtes d')	SN103	2381060	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2248813	amphétamine (sels mixtes d')	SN103	2386410	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2249324	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2386429	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2249332	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2386437	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2250241	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2386445	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2262800	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2386453	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2262819	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2396904	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2262827	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2396912	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2262835	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2396920	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2262843	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2396939	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2266687	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2396947	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2273950	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2405989	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2277131	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2405997	atomoxétine (chlorhydrate d')
SN103	2277158	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2409100	guanfacine (chlorhydrate de)
SN103	2277166	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2409119	guanfacine (chlorhydrate de)
SN103	2277174	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2409127	guanfacine (chlorhydrate de)
SN103	2277182	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2409135	guanfacine (chlorhydrate de)
SN103	2277190	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2413728	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	2277204	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2413736	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	2277212	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2413744	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	2279347	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2413752	méthylphénidate (chlorhydrate de)
SN103	2314541	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2439239	amphétamine (sels mixtes d')
SN103	2314568	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2439247	amphétamine (sels mixtes d')
SN103	2314576	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2439255	amphétamine (sels mixtes d')
SN103	2314584	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2439263	amphétamine (sels mixtes d')
SN103	2314592	atomoxétine (chlorhydrate d')	SN103	2439271	amphétamine (sels mixtes d')
SN103	2315068	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2439298	amphétamine (sels mixtes d')
SN103	2315076	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	2439603	lisdexamfetamine (dimesylate de)
SN103	2315084	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	99100589	clonidine (chlorhydrate de)
SN103	2315092	méthylphénidate (chlorhydrate de)	SN103	99101056	méthylphénidate (chlorhydrate de)

Le reste des données analysées concernent des codes d'actes médicaux. Le manuel de rémunération sur les services médicaux rémunérés à l'acte prévoit les modalités de

facturation des médecins, elle conserve la trace comptable des services associés à des actes qui participent au diagnostic de T.D.A.H. Le code de diagnostic est inscrit, selon la codification de la Classification Internationale des Maladies (CIM-9), par le professionnel de la santé comme un renseignement utile sur sa demande de paiement. Ce n'est pas une donnée obligatoire et elle n'est pas validée. Malgré tout et par leur seule existence, ces données nous montrent comment certains développements du dispositif biopolitique vont se matérialiser tout en donnant une idée de grandeur.

Les premiers codes de diagnostic auxquels nous allons nous intéresser portent sur des diagnostics qui peuvent recouper le T.D.A.H. Comme le CIM-9 n'utilise pas la même nomenclature que le DSM-IV, il est normal de ne pas le retrouver dans les codes de diagnostic. Nous avons regroupé ces codes qui peuvent tous être liés aux symptômes du T.D.A.H. Encore une fois, ces codes vont être répartis par région et nous avons aussi obtenu l'information quant au sexe du dispensateur de soin.

Figure 14 : Les mots de la Régie – Noms des actes

Diagnostic médical	Description
314	Instabilité de l'enfance
3140	Perturbation simple de l'activité et de l'attention
3141	Instabilité avec retard du développement
3142	Troubles de la conduite liés à l'instabilité, sauf 3141
3148	Instabilité de l'enfance - autres
3149	Instabilité de l'enfance - sans précision

Une autre série d'actes nous permet de déterminer les établissements où sont dispensés les soins. Ces codes vont nous permettre de déterminer la manière dont s'organisent les soins de santé mentale aux enfants dans les différentes régions du Québec et où vont s'effectuer les actes de diagnostic.

Figure 15 : Les mots de la Régie – Topographie des actes, lieux de services

Code d'acte	Description
08780	Visite principale en pédopsychiatrie — cabinet privé
08787	Visite principale en pédopsychiatrie — externe
08790	Visite principale en pédopsychiatrie — centre hospitalier de soin longue durée (et centre d'accueil)
08791	Consultation en pédopsychiatrie — Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)
08817	Consultation en pédopsychiatrie — Salle d'urgence

Chacun de ces actes manifeste des différences importantes dans les conditions dans lesquelles prennent place les différents cas traités. Les régimes de soin sont complètement différents entre l'urgence de pédopsychiatrie et le cabinet privé. Cela a des conséquences juridiques et éthiques pour la poursuite de la biopolitique. Nous y reviendrons.

Une autre série d'actes est présentée à la figure 16, ils portent sur des outils d'évaluation clinique permettant un diagnostic. Ces outils marquent une reconnaissance du travail supplémentaire que représente l'administration et l'analyse de questionnaires pour les médecins. En tant qu'actes rémunérés, ces codes sont une trace de l'institutionnalisation du diagnostic qui opère grâce à la circulation des outils d'évaluation et à leur utilisation. Il sera ainsi possible de déterminer si ces outils sont utilisés pour effectuer un diagnostic différencié et quels sont les établissements où l'on s'en sert le plus.

Figure 16 : Les mots de la Régie – Codes des outils de diagnostic

15 564	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — cabinet privé
15 689	Échelle clinique longue — cabinet privé
15 571	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — centre hospitalier
15 691	Échelle clinique longue — centre hospitalier courte durée
15 584	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — externe
15 692	Échelle clinique longue — externe
15 595	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)
15 693	Échelle clinique longue — Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)

Enfin, une dernière figure rassemble les données où la facturation pour une visite principale en pédopsychiatrie (selon les différents lieux spécifiés à la figure 16) est combinée à un supplément payable pour la rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire (le code 15556). Un code d'acte est accompagné d'un autre s'ils ont été rendus pour un même individu, par un même dispensateur, dans la période étudiée. Cette combinaison cherche à vérifier si les services complémentaires aux services pharmacologiques font partie des alternatives à la médication et occupent une partie du travail des médecins.

Figure 17 : Les mots de la Régie — Les codes du maillage médico-scolaire

Code acte	Accompagné du code d'acte
08780	15556
08791	15556
08787	15556
08790	15556
08817	15556

L'ensemble des codes d'acte étudiés va permettre de tracer un portrait des différents modes de dispensation de ces soins. Nous avons évalué la variation dans le temps de ces actes de diagnostic dans toutes les régions du Québec afin de déterminer leur évolution et leur consolidation à travers le temps. Nous avons constaté qu'il était possible d'effectuer des regroupements entre différentes régions qui ont des statistiques semblables, nous les nommerons le centre, la couronne et les enclaves. Nous allons montrer que malgré tous les efforts de standardisation qu'entraîne la politique de signification du gouvernement du Québec, trois modes de gouvernamentalité distincts entraînent des variations dans le traitement biopolitique des enfants diagnostiqués et médicamentés.

Analyse des données de services pharmaceutiques : arsenal pharmacologique et puissance performative de l'acte médical

Nous débutons l'analyse par les données portant sur les services pharmaceutiques. Nous avons déjà montré comment la politique de la signification se mettait en place après que le problème d'un trop grand recours à la médication ait été constaté. C'est pour cette raison que nous considérons ces données comme la trace performative de l'acte de diagnostic, ce sont elles qui servent de moteur à l'entreprise discursive servant à le valider. Ces données portent sur les remboursements des services offerts par les pharmaciens pour la distribution de médicaments associés au T.D.A.H. pour les individus inscrits au régime public durant la période étudiée.

La figure 18 permet de constater la distribution des actes de diagnostic des médecins qui seuls ouvrent la porte à la médication. Ainsi, il faut noter que les prescriptions des médecins spécialistes ont quadruplé entre 1997 et 2015. L'augmentation pour les prescripteurs omnipraticiens est quant à elle vertigineuse : en 2015, le nombre de services

pharmaceutiques est 33 fois plus élevé qu'en 1997. On remarque d'ailleurs qu'à partir de 2013, le nombre de prescripteurs omnipraticiens dépasse pour la première fois les spécialistes. Les services attribuables à un médecin omnipraticien doublent entre 2011 et 2013. C'est remarquable lorsque l'on compare avec les données de 1997 où l'acte est très majoritairement réservé à des médecins spécialistes. En 2015, leurs confrères omnipraticiens assurent une partie importante de l'accès à la médication. L'expertise et la connaissance nécessaire à l'acte médical se sont décentralisées durant la période observée et sont plus accessibles à plusieurs acteurs du réseau.

Figure 18 : Nombre d'actes de diagnostic, toutes régions confondues de 1997 à 2015

Année	Omnipraticien	Spécialiste
1997	5737	32 751
1998	6721	35 030
1999	6705	36 256
2000	7569	38 447
2001	9094	39 868
2002	11 288	44 223
2003	14 535	49 252
2004	17 150	56 145
2005	19 541	61 915
2006	23 894	65 278
2007	29 532	69 368
2008	36 618	82 097
2009	47 786	90 691
2010	56 138	92 787
2011	64 937	96 070
2012	105 673	106 739
2013	131 480	120 441
2014	155 301	137 199
2015	190 641	138 459
Total	940 340	1 393 016

Cela pourrait poser un problème du point de vue de la validité de ces actes. En effet l'omnipraticien n'est ni formé ni préparé par une pratique devenue spécialisée pour avoir une connaissance suffisante de problèmes aussi complexes et singuliers que ceux de santé mentale d'un enfant. Il faut conclure que le savoir nécessaire à poser ce genre d'acte est de plus en plus répandu et que l'acte gagne en reconnaissance, même les parents vont en demander comme nous le verrons dans le prochain chapitre. Par ailleurs, la disponibilité du savoir nécessaire pour poser de tels actes et le partage de ces responsabilités entre les spécialistes et les omnipraticiens sont un signe de la maturité du dispositif de soin et de l'effet toujours plus grand du discours biopolitique.

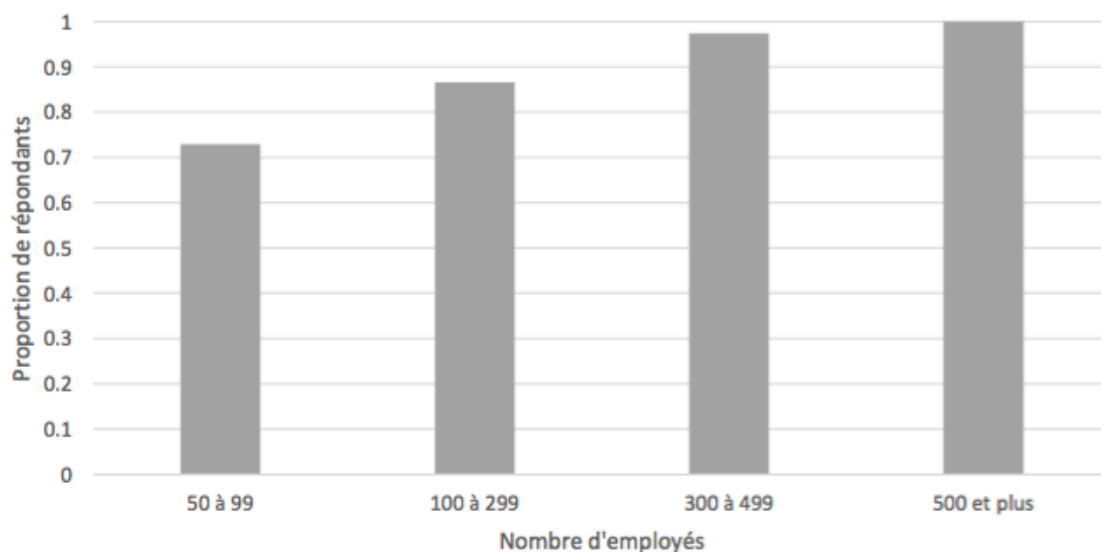
Les trois régimes régionaux de gouvernementalité psycho-pharmacologique

Notre analyse région par région nous a permis d'effectuer quelques regroupements de manière à souligner qu'il se dégage trois grands types de schémas de services pharmaceutiques à travers le Québec. Il y a d'abord les régions que l'on qualifiera de centre, Montréal, la Capital-Nationale et la Montérégie. Ce qui est intéressant toutefois c'est qu'elles comptent une proportion plus petite de services pharmacologiques *per capita* que les autres régions. Dans un deuxième temps, les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie, de l'Estrie, de Chaudière-Appalaches, de Lanaudière et des Laurentides sont des régions qui ont la plus grande proportion de services pharmacologiques *per capita*. Nous nous référerons à ces régions comme à celles de la couronne, car elles sont toutes relativement proches des grands centres. Enfin, un troisième regroupement de régions où les services pharmaceutiques ont une intensité faible comprend les régions du Bas-St-Laurent, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et la région de Laval, en banlieue de Montréal. Il se dessine une tendance commune dans ces régions qui voit leur taux de services systématiquement plus bas que la part qu'elles occupent dans la population totale du Québec. Évidemment cette nomenclature a pour but de nous permettre de catégoriser différents régimes de gouvernementalité et de montrer le caractère différencié des interventions selon les régions. Quelques régions ont des traits particuliers qui semblent poser problème avec la catégorie dans laquelle nous l'avons inscrite. Les cas de la région lavalloise ou celle de

l'Outaouais ne semblent pas répondre aux mêmes caractéristiques que les autres régions de leur groupe. Nous allons analyser ces cas particuliers un peu plus bas.

Cependant, avant d'analyser les données de ces regroupements, il nous faut clarifier la portée des données rendues disponibles par la RAMQ. Elles ne représentent qu'une partie des services pharmaceutiques liés à l'administration de psychostimulant au Québec. Il faut savoir que les données du tableau sous-estiment le nombre de services par région alors qu'une proportion importante des Québécois est couverte par une assurance privée. « En 2006, 3,2 millions de Québécois (42 %) étaient couverts par le régime public et les 4,4 autres millions par un régime privé » (Pomey et coll., 2007 : 6). Nous allons identifier les régions où la sous-estimation est la plus probable. Les régions qui comptent sur la présence de grandes entreprises ou de services gouvernementaux sont plus susceptibles d'avoir un nombre de services sous-évalués.

Figure 19 : Proportion des entreprises offrant des assurances privées selon le nombre d'employés⁶⁷



Source : (Abbamonte et coll., 2017 : 34)

⁶⁷ Les données de ce tableau sont colligées à partir de résultat de sondage mené par la firme Léger-Marketing et commandé par les chercheurs du Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), Claire Abbamonte, Stéphanie Boulenger, Mélanie Bourassa Forcier, Aurélie Côté-Sergent, Camille Gaboury Lachance et Pierre-Carl Michaud.

Les données de la figure ci-haut, puisqu'elles sont tirées d'un sondage, sont présentées de manière à évaluer des probabilités et non pour arriver à déterminer précisément le nombre de ces services. La figure ci-dessous fournit la répartition des entreprises de plus de 50 employés par région au Québec en 2017. Les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale et de la Montérégie sautent immédiatement aux yeux quant à la présence de grandes entreprises.

Figure 20 : Répartition géographique des grandes entreprises au Québec

Régions	% de part au Québec des entreprises > que 50 employés	% de la population en 2015
Bas-Saint-Laurent	1,8	2,4
Saguenay — Lac-Saint-Jean	3,4	3,4
Capitale-Nationale	10,5	8,9
Mauricie et Centre-du-Québec	5,3	6,1
Estrie	3,3	3,9
Montréal	36,7	24,2
Outaouais	2,4	4,7
Abitibi-Témiscamingue	2,1	1,8
Côte-Nord	1	1,1
Nord-du-Québec	0,8	0,5
Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine	0,9	1,1
Chaudière-Appalaches	5	5,1
Laval	4,4	5,1
Lanaudière	3,3	6
Laurentides	5,2	7,2
Montérégie	13,9	18,4

Source :

https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/documents_soutien/regions/portraits_regionaux/portrait_socio_econo.pdf, consulté le 29 juillet 2019

Comme on le constate, des régions comme celles de Montréal et de la Capitale-Nationale ont une proportion plus importante de grandes entreprises susceptibles de fournir des assurances privées à leurs employés. Il est donc possible que dans ces régions, les données de la RAMQ soient sous-estimées. Boudreau (2012) analyse bien le potentiel de surveillance que représentent ces données. D'ailleurs, un mécanisme de surveillance des médicaments pour le système nerveux central devait être mis en place suite au plan d'action de 2000

(MEQ, 2000a), nous n'en avons trouvé aucune trace. Il est indubitable que ce manque de précision sert la psycho-pharmacologisation de l'insertion sociale dont l'ampleur réelle ne peut être connue.

Après cette présentation générale des données sur les services pharmaceutiques, nous analyserons en détail les trois regroupements dont nous avons parlé un peu plus tôt. Le premier regroupement se compose des trois régions sociosanitaires de la Montérégie, de Montréal et de la Capitale-Nationale, elles comptent pour 40 % des services pharmaceutiques reçus entre 1997 et 2015. Ces régions sont aussi celles qui comptent le plus grand nombre d'habitants : elles représentent plus de la moitié de la population du Québec, soit 51,5 % en 2015.

Figure 21 : Nombre de services dans les régions du Centre

Région	Services entre 1997 et 2015	% des services sur le total au Québec	% de la population en 2015
Capitale — Nationale	411 609	10,44	8,9
Montréal	505 205	12,82	24,2
Montérégie	701 147	17,79	18,4

Ces trois régions représentent un peu plus de 50 % de la population québécoise et elles représentent 40 % des services pharmacologiques rendus sur le territoire québécois. Ce qui représente un ratio de médication relativement bas en comparaison à d'autres régions qui ont quant à elles des taux de services pharmacologiques plus élevés *per capita*.⁶⁸

⁶⁸ Cela suit le ratio entre le nombre d'actes de diagnostic et la part de la population québécoise que représentent ces régions.

Figure 22 : Nombre de services dans les régions de la Couronne

Région	Services entre 1997 et 2015	% des services sur le total au Québec	% de la population en 2015
Saguenay-Lac-Saint-Jean	251 243	6,37	3,4
Mauricie Centre-du-Québec	302 309	7,67	6,1
Estrie	295 842	7,51	3,9
Chaudière-Appalaches	241 604	6,13	5,1
Lanaudière	320 938	8,14	6
Laurentides	328 744	8,14	7,2

Quant à elles, les régions de la couronne ont certains traits communs d'avoir un écart entre le pourcentage d'actes de diagnostic qu'elles représentent quant au pourcentage provincial et leur pourcentage de services pharmacologiques. Dans ces régions et *per capita*, la rencontre d'un enfant différent avec un intervenant du monde scolaire comporte un risque plus important de se solder par des services pharmaceutiques que dans les autres régions. Dans ce regroupement, la région de l'Estrie a des caractéristiques qui la distinguent des autres régions, notamment par la présence de centre hospitalier universitaire d'envergure et la présence d'une communauté anglophone de presque 7 % de la population⁶⁹.

À partir des données de l'Institut de la statistique du Québec, nous avons tenté de déterminer si certaines particularités de ces régions pouvaient expliquer leur similitude. Il est impossible de rapprocher ces régions en raison du nombre de médecins par habitant ni en raison du nombre de personnes ayant un médecin de famille (ISQ, 2016). Les disparités entre les régions ne permettent pas ce regroupement. Ce n'est donc pas l'accès aux soins, par l'entremise d'un médecin qui joue un rôle dans ce phénomène. Les informations sur le

⁶⁹http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/recens2011_reg/langue_logement/lan_mat_re.htm consulté le 23 juillet 2019

revenu disponible par habitant, l'emploi et les niveaux d'éducation de ces régions ne nous permettent pas de constater des particularités qui leur seraient propres (ISQ, 2016). De plus, elles comptent toutes des cliniques multidisciplinaires et/ou des organismes « panda » sur leur territoire qui sont dans l'ordre de lieux de traitement spécifique au T.D.A.H. et des organismes d'aide aux parents d'enfant atteint.⁷⁰

Enfin, le troisième regroupement est celui des régions à faible intensité de service. Ces sept régions comptent pour seulement 16 % de la prestation de service pour la période donnée, elles comptent cependant pour 29 % de la population québécoise.

Figure 23 : Nombre de services dans les régions enclavées

Région	Services entre 1997 et 2015	% des services sur le total au Québec	% de la population en 2015
Bas-St-Laurent	123 996	3,15	2,4
Outaouais	122 807	3,12	4,7
Abitibi-Témiscamingue	81 990	2,08	1,8
Côte-Nord	43 436	1,10	1,1
Nord-du-Québec	6 727	0,17	0,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	80 773	2,05	1,1
Laval	123 121	3,12	5,1

Il faut noter un écart important entre les régions de la couronne et les régions enclavées quant au nombre de services pharmaceutiques déclarés. Le volume de services de ces dernières représente à peine la moitié des services des régions de la couronne. Ces sept régions n'ont pas toutes un profil démographique semblable. Les régions du Bas St-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord du Québec et de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont des régions éloignées, à faible densité démographique alors que les régions

⁷⁰ Les organisations *Parent apte à négocier avec le déficit d'attention* (PANDA) sont des organisations communautaires qui œuvrent sur le territoire québécois et qui visent à soutenir les parents d'enfant T.D.A.H. ainsi que les professionnels qui ont à intervenir auprès de cette clientèle. L'ensemble des pages Facebook de ces organisations fait partie du corpus sur lequel se base le prochain chapitre.

de l'Outaouais et de Laval ne correspondent pas à ce profil. Les régions du Bas St-Laurent et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comptent toutes deux une plus grande part de services pharmacologiques que leur part de la population. On sait qu'un organisme panda est présent dans le Bas St-Laurent et qu'il a été relativement actif dans ses activités numériques. Toutes les autres régions ont un moins grand nombre de services que leur part de population. Dans le cas des régions de l'Outaouais, de Laval et la Montérégie, elles ont elles-aussi une plus petite proportion de services pharmaceutiques que leur part de la population. Ces trois régions comptent une population anglophone importante. Comme le soulignait le ministère de l'Éducation en 2000 :

La proportion d'élèves prenant des SSNC est environ deux fois moindre chez les élèves de la commission scolaire anglophone ayant répondu au questionnaire, ce qui amène les auteurs de la recherche à se questionner sur les facteurs culturels et organisationnels ou administratifs pouvant contribuer au dépistage, au diagnostic et au traitement du TDAH (MEQ, 2000 : 16).

La région de l'Outaouais compte le plus haut taux d'anglophones après la région de Montréal avec 14,6 % d'individus ayant pour langue maternelle l'anglais, la Montérégie en compte quant à elle 7,9 %, la région de Laval, 7 %.⁷¹ Il s'agit d'un facteur important pouvant affecter le taux de prescription, comme nous l'avons constaté plus tôt, la présence d'un réseau scolaire organisé en fonction de deux régimes linguistiques séparés permet de constater des taux d'utilisation de la médication plus élevés dans le réseau scolaire francophone. La présence d'institution scolaire anglophone réduit les chances d'apparaître dans les statistiques que nous allons présenter.

Rappelons une particularité supplémentaire à la région lavalloise, une analyse institutionnelle de la question du T.D.A.H. au Québec montre que le réseau d'éducation de Laval a joué un rôle important dans construction du problème de l'utilisation du Ritalin à l'école. Dès 1999, le rapport Cohen et coll. mène une étude pilote pour exposer les

⁷¹http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/recens2011_reg/langue_logement/lan_mat_re.htm, site consulté le 23 juillet 2019.

perceptions des acteurs dans le réseau lavallois qui participe à l'administration de la médication chez ces enfants. Ce rapport a fait grand bruit et a en quelque sorte initié la politique de la signification du dispositif T.D.A.H. On peut raisonnablement penser qu'une certaine forme de mémoire institutionnelle explique une résistance à médicamenter et donc un taux de médication parmi les plus bas.

Que faut-il retenir de ce que nous indiquent ces trois régimes de soins pharmacologiques? Nous avons d'abord constaté une évolution à travers le temps où les chances que le traitement de la différence de ces enfants devient de plus en plus important au fur et à mesure que l'on se rapproche de 2015, et cela quelle que soit la région. Il s'agit d'un constat crucial pour la thèse qui confirme que le fait de devoir gérer un plus grand nombre d'enfants traités entraîne un effort plus important de légitimation de l'intervention. La croissance des services prescrits par des omnipraticiens est aussi importante, puisqu'elle met en lumière le fait que des médecins non-spécialistes deviennent de plus en plus les facilitateurs d'un traitement normalement requis pour un problème de santé mentale qui ne touche que 4 à 5 % de la population, selon le DSM-IV. En plus, il est clair que l'enfant scolarisé au Québec évolue dans un univers différencié selon les régions où le dispositif biopolitique entraîne des variations dans la possibilité d'être médicamenté qui n'est pas la même partout. Certaines régions sont plus promptes à faire basculer l'enfant dans un régime psycho-pharmacologique que d'autres. Cela fait ressortir l'importance des acteurs dans le réseau qui ont une influence importante de la structuration des soins et qui portent avec eux une forme d'identité collective qui donne aux réseaux locaux sa couleur. Malheur à celui qui manifeste une différence dans une région particulièrement rapide dans son recours à la médication.

Enfin, pour compléter l'analyse des données sur les services pharmacologiques qui vise à évaluer l'intensité de traitement, nous avons aussi analysé une série de données sur les médicaments d'exception entre 2008 et 2015. Le code SN-103 représente les services pour « ... le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas

permis un bon contrôle des symptômes de la maladie » (RAMQ, 2018)⁷². On peut donc conclure qu'il s'agit de cas particuliers qui portent avec eux des difficultés importantes de socialisation et très certainement que leur parcours thérapeutique mène au médicament d'exception et entraîne l'individu et le dispositif biopolitique dans une relation toujours plus institutionnalisée qui tend à enfermer à la fois les acteurs soignants que les enfants soignés dans leur rôle spécifique. En d'autres termes, avancer dans ce parcours c'est épuiser les options thérapeutiques et multiplier les échecs des intervenants, cela entraîne inévitablement des relations tendues entre soignant et soigné. Ainsi, dans le contexte de la thèse, l'administration du médicament par un parent traduit un niveau de détresse important où la contention psycho-chimique du cerveau devient un outil essentiel afin d'assumer la tâche parentale de socialisation de l'enfant. Que ce soit par l'entremise des parents, de l'hôpital ou du centre-jeunesse, la prescription et la distribution de médicament d'exception comptent sur un réseau organisé, spécialisé et autorisé à poser ces actes d'exception.

Les données colligées montrent que seulement trois régions ont un ratio de services plus bas que leur part de la population québécoise. De ces trois régions, Montréal est la seule région à faire appel de manière significativement plus basse à cette procédure d'exception. Comme nous l'avons vu plus tôt, la région de Montréal est souvent une référence pour les autres régions. L'hypothèse qui expliquerait cette importante différence dans l'utilisation des médicaments d'exception pourrait être justement cette présence des soins qui offrent des alternatives à cette médication. Dans toutes les autres régions, l'utilisation des médicaments d'exception est plus élevée que leur part de la population du Québec.

⁷² http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/medicaments/codes-medicaments-exception/codes_medicaments_exception.pdf, site consulté le 17 juillet 2018.

Figure 24 : L'utilisation des médicaments d'exception

Répartition utilisation médicaments par région de 2008 à 2015			
Région	SN103 (enfant)	SN132 (adulte)	Répartition de la population en 2015 (%)
1	3,43	3,36	2,4
2	7,32	6,55	3,4
3	6,97	11,77	8,9
4	8,18	7,59	6,1
5	5,37	7,10	3,9
6	12,41	14,35	24,2
7	3,13	2,42	4,7
8	2,36	1,47	1,8
9	1,10	0,78	1,1
10	0,19	0,51	0,5
11	2,45	1,36	1,1
12	5,11	5,24	5,1
13	3,01	3,21	5,1
14	8,52	7,19	6
15	9,88	8,51	7,2
16	20,28	17,84	18,4
99	0,31	0,74	
Total	100,00	100,00	100,00

Dans le cas précis de ces médicaments d'exception, l'escalade pharmacologique qui fait passer d'un médicament à l'autre marque l'échec thérapeutique alors que ni la médication, ni l'établissement d'une relation entre le soignant et le soigné n'ont donné lieu à la production de mondes partagés afin de faire sortir le cas de T.D.A.H. de son isolement et de s'assurer de sa socialité. L'existence de ces médicaments d'exception joue un rôle important pour le dispositif de soin parce qu'il étend ses moyens d'action pharmacologiques en

permettant de rembourser les frais de médicament non encore listés. Dorénavant, le corps de l'enfant n'arrivant pas à composer avec la médication déjà remboursée aura une alternative et un autre parcours de soin. Cette multiplication des possibilités thérapeutiques place ceux qui ont recours à la médication entre la promesse d'un droit à l'harmonie dans leurs milieux de vie ou à la réussite scolaire et le danger de basculer dans une surenchère médicale et sécuritaire.⁷³ L'étendue de l'arsenal pharmacologique va signifier pour ces cas l'extension, la multiplication des périodes de traitement où le corps doit composer avec le traitement. Cette intervention psycho-chimique, où le dispositif lui-même repousse les limites de ses capacités d'intervention et étend son pouvoir, va laisser une trace et marquer le parcours de plusieurs enfants du Québec.

L'évolution des marques de commerce

Terminons cette analyse des données sur les services pharmacologiques en observant les habitudes de soin et les préférences des prescripteurs. Voici le portrait de l'évolution des variations dans l'utilisation des marques de commerce durant la période étudiée. En 1997, les dépenses thérapeutiques viennent de trois médicaments, soit le Dexédrine, le Ritalin et le Ritalin SR. Le Ritalin est le plus utilisé en 1997 et c'est en 1999 que Ritalin SR devance les deux autres.

⁷³ Nous verrons dans le prochain chapitre ces revendications et l'oscillation entre la grâce du médicament qui fonctionne et la déchéance de la multiplication des tentatives thérapeutiques.

Figures 25 à 27 : Services pharmaceutiques selon marque de commerce

Figure 25 : 1997 — Toutes régions confondues (F & H)

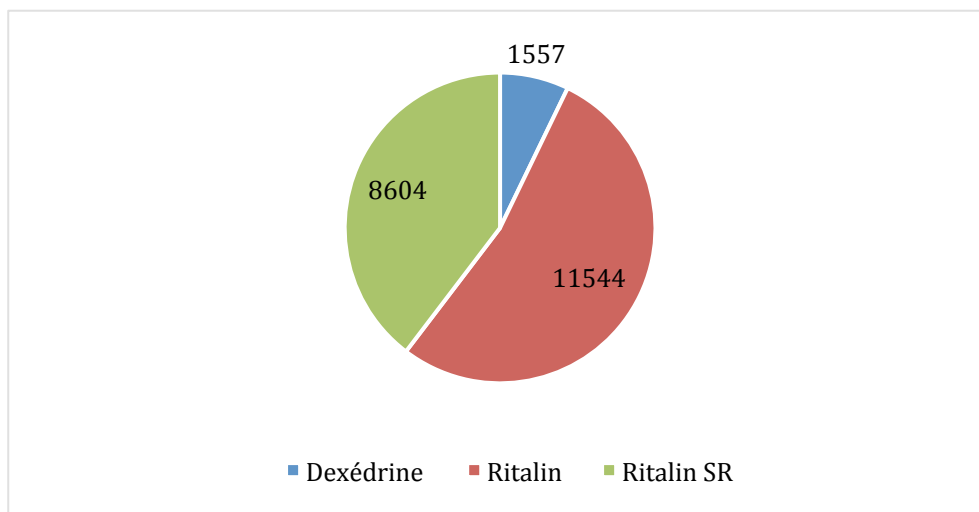
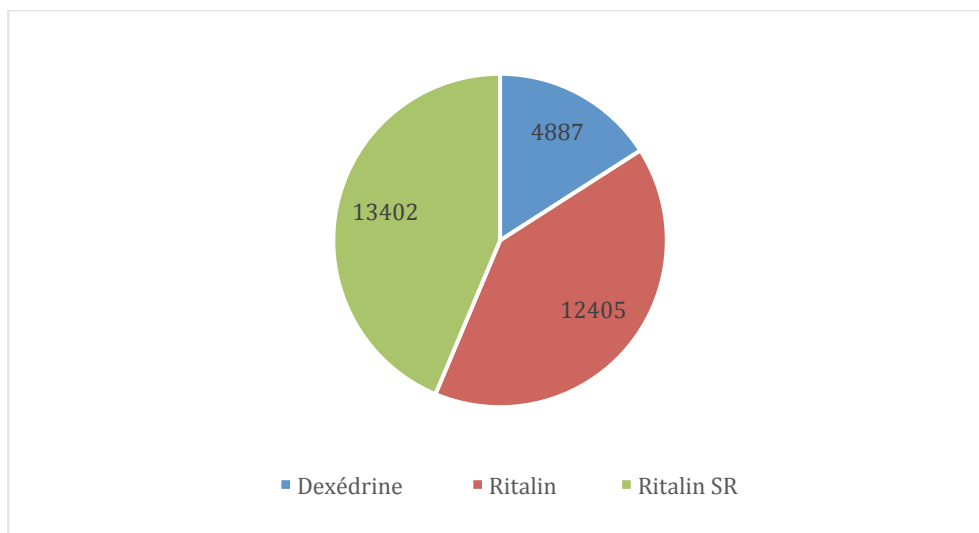
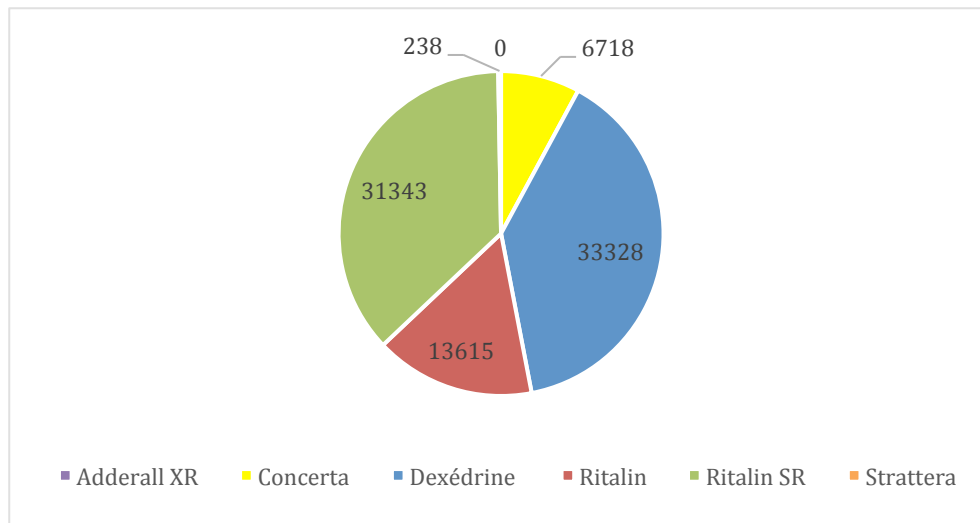


Figure 26 : 1999 — Toutes régions confondues (F & H)



En 2005, le produit de GlaxoSmithKline, Dexédrine va passer devant le Ritalin SR et aura la majorité des parts de marché.

Figure 27 : 2005 – Toutes régions confondues (F & H)

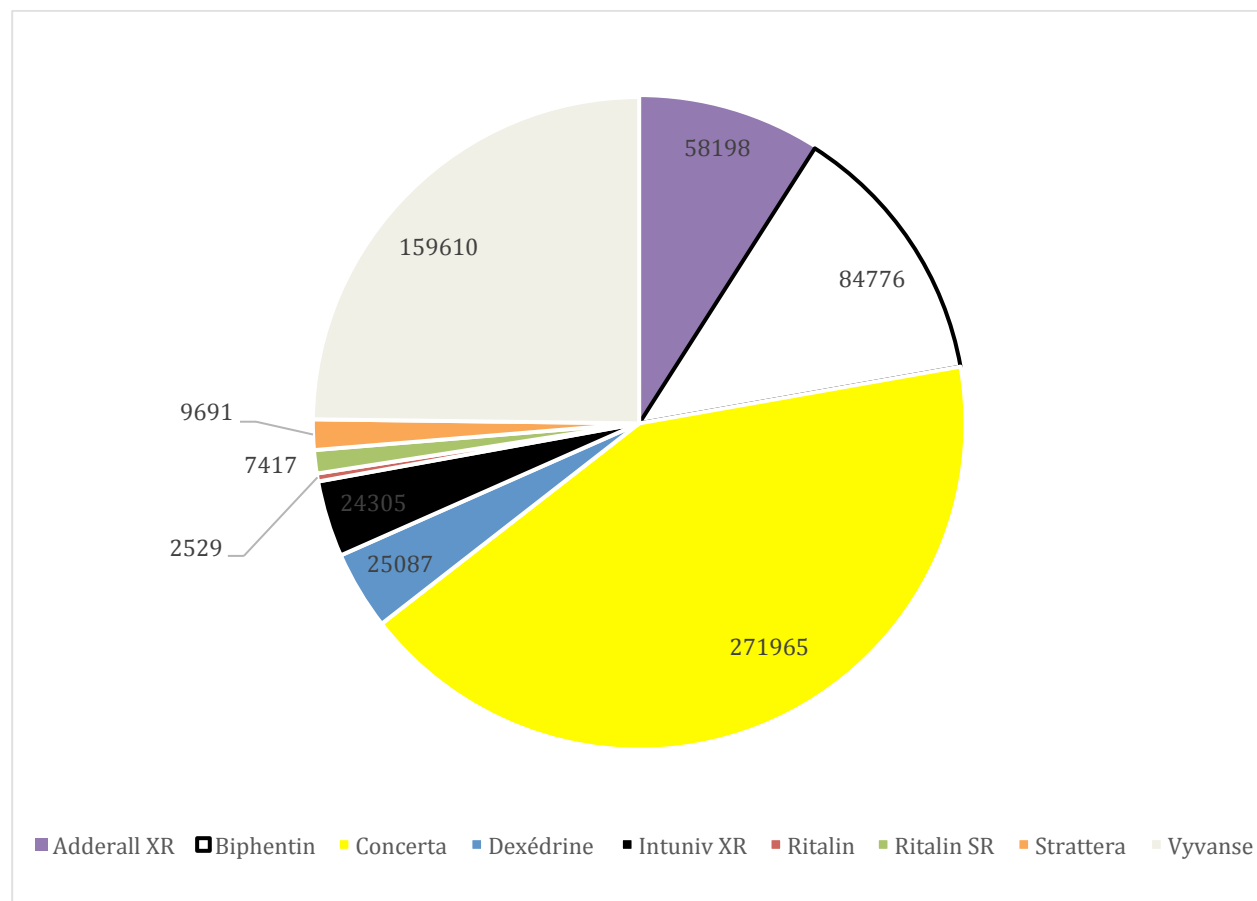


En 2005, Strattera, Concerta et Adderall XR s'ajoutent à l'arsenal pharmacologique. Bien que disponible, il n'y aura aucun service associé à Adderall en 2005 comme quoi le médicament n'arrive pas à s'imposer de lui-même. Cependant, l'arrivée du Concerta va entraîner un basculement qui se fait toujours sentir dans les habitudes de prescription. À partir de 2006, le Concerta devient la pilule la plus facturée des services pharmaceutiques à la RAMQ. Des augmentations importantes se produiront dans les années successives, 80 % de plus en 2007, jusqu'à une augmentation totale en 2015 de 651 %. La différence thérapeutique du Concerta est importante. C'est au niveau de la distribution de l'effet qui est prolongé et réparti sur la journée que le changement est le plus important. Le Concerta peut se prendre en une seule dose alors que le Ritalin doit s'administrer trois fois par jour généralement.

En 2006, Purdue Pharma commercialise le Biphentin, un autre médicament qui peut être administré une fois par jour. Celui-ci arrivera à se tailler une mince place dans le marché, 13 % en 2015. Avec l'arrivée de Vyvanse en 2010 et de Intuniv XR en 2013, l'arsenal pharmacologique devient complet.

Vyvanse, un produit Shire Pharma Canada, va faire des bonds prodigieux dans ses parts de marché entre 2010 et 2015 : 141 000 % d'augmentation. Pour Ritalin, au contraire, 2015 est l'année où il va dégringoler à son plus bas niveau depuis 1997.

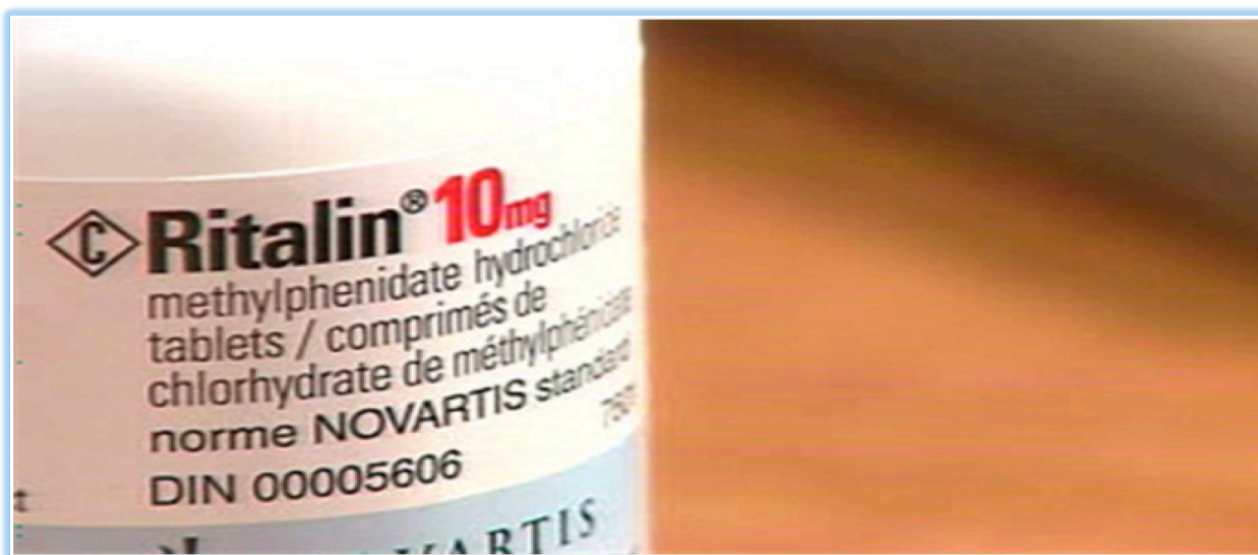
Figure 28 : Répartition de l'utilisation des marques de commerce en 2015 — Toutes régions confondues (F & H)



L'association entre le T.D.A.H. et le Ritalin, d'un point de vue discursif, va se détacher de la matérialité propre au traitement lui-même. Le constant déclin de la marque de commerce Ritalin n'a pas encore affecté le discours social au Québec. L'image persiste dans les médias où l'on associe hyperactivité au Ritalin.⁷⁴

⁷⁴ En 2013, le nombre de services pharmaceutiques associés à Ritalin et Ritalin SR équivaut à 6790 services contre 221240 pour Concerta (RAMQ, 2016).

Figure 29 : Les mots de la presse — Archive visuelle d'un médicament du T.D.A.H.



Source : Radio-Canada (2013)

Les polémiques évoquées dans les documents gouvernementaux au tournant des années 2000 ont lié de manière durable le trouble à cette marque de commerce. En effet, il apparaît clair que la grammaire permettant de faire du sens des symptômes de T.D.A.H. est liée à ce moyen thérapeutique, qui, grâce à ses effets, arrive à personnifier le mal qu'il traite.

Figure 30 : Les mots de la presse — Personnification du trouble par le Ritalin dans la presse écrite (Titres d'articles)

« Enfants Ritalin » : des précisions (La presse, 13 février 1997, B3)
« Les écoliers "Ritalin" » (Le Soleil, 26 juin 2000, B6)
« Santé : Génération Ritalin » (Protégez-vous, 1 septembre 2010, p.30)
« Les enfants Ritalin envahissent nos universités » (Journal de Québec, 18 avril 2017, p.1)

Pourtant, la diversité des moyens pharmacologiques est toujours plus importante. En 2015, pas moins de neuf différentes marques de commerce composent l'arsenal pharmacologique et sont sujettes à de la facturation à la RAMQ. Il s'agit d'un point essentiel qui sert de moteur performatif au dispositif de soin. Le fait de pouvoir utiliser d'autres molécules dans le cas où certaines d'entre elles ne seraient pas efficaces donne au dispositif de soin la possibilité de repousser les limites de son intervention. Le cas d'un enfant qui ne répond pas au

traitement courant et peut être pris en charge à travers d'autres compositions psycho-chimiques à explorer grâce à d'autres médicaments remboursés. Contrairement aux médicaments d'exception, le fait que ces médicaments soient déjà listés va faciliter le passage de l'un à l'autre puisque le coût de ces derniers ne sera pas un obstacle pour les parents. Il va sans dire que ces séquences de traitement entraînent des périodes d'adaptation liée à la médication, cette efficacité a donc un prix.

L'apparition de la médication à libération lente, comme Concerta, marque un point de bascule pour le dispositif biopolitique. L'administration de la médication une fois par jour laisse aux parents l'entière responsabilité de la médication de leur enfant.⁷⁵ De nombreux enseignants, autrefois impliqués directement dans l'administration de la médication et la distribution de la chose, vont désormais y échapper. En se détachant lentement de cette tâche, les acteurs scolaires s'éloignent de la matérialité du traitement pharmacologique. L'augmentation du nombre d'enfants médicamentés dans les classes du Québec va profiter de ce point aveugle comme d'un gain d'efficacité propre à modifier le régime de soin. On conclut que les médecins vont diagnostiquer et donner accès à la médication, les parents vont l'administrer et l'école va quant à elle voir sa responsabilité se déplacer vers la construction et la consolidation du diagnostic, faisant de ces acteurs autant de points d'entrée d'une politique de signification propre à réaménager la grammaire dans laquelle la différence de l'enfance se traduit et comment la traduire pour donner un accès aux soins. Ce sont les parents qui seront les premiers témoins des données que nous venons de présenter et de la richesse de l'arsenal des moyens pharmaceutiques. Le revers de cette extension est la multiplication de parcours de soins en proie à de longues périodes d'adaptation à la médication. Le cas d'un enfant qui ne répond pas au traitement courant doit trouver d'autres possibilités d'intervention psycho-chimiques, d'autres médicaments remboursés pour lui permettre de participer à la construction de mondes partagés.

Ainsi, nous concluons notre analyse de données liées aux services pharmacologiques remboursés par la RAMQ pour les soins associés au T.D.A.H. En offrant des alternatives et

⁷⁵ Nous verrons dans le prochain chapitre comment s'inscrit le fait de devoir assumer seul la distribution de la médication dans le discours des parents.

en modifiant le régime de soin, l'évolution des marques de commerce nous permet de constituer cette mise en récit et de soutenir qu'encore une fois, la médication sert de moteur performatif à la biopolitique. La nouvelle distribution de la responsabilité face à la médication aura des effets sur les parents que l'on analysera au chapitre suivant. Mais avant, nous allons entreprendre le deuxième pan de ce chapitre consacré à ce récit des crédits alloués par le gouvernement pour que la régie administre à la fois les soins et les actes médicaux.

Les actes médicaux

Si les services pharmaceutiques étaient des données liées aux pharmaciens, les codes d'actes sont les traces administratives de services médicaux rendus par un médecin. Ces actes, une fois inscrits dans le manuel de rémunération des médecins, assurent une reconnaissance administrative au diagnostic et à la démarche clinique qui y mène. Cette reconnaissance n'est pas le fruit du hasard, mais bien l'aboutissement d'un processus de revendication salariale. Comme nous le verrons, les actes entourant le diagnostic de T.D.A.H. vont s'adapter et se bonifier dans le temps. Bien que le mécanisme de reddition de compte auquel ce mode de gestion des remboursements pourrait ouvrir la voie à la surveillance et à la collecte d'information, plusieurs données qui accompagnent les demandes de remboursement ne sont pas obligatoires pour que la démarche de facturation des médecins soit traitée par la Régie. Ces informations ne peuvent donc pas fournir les moyens à la Régie de surveiller les prescripteurs et d'assurer une forme de conformité à partir d'une démarche de comparaison et d'évaluation des différentes pratiques. Les polémiques qui entourent le diagnostic auraient pu servir à resserrer le contrôle. Ces actes sont après tout solennels, ils vont marquer le parcours thérapeutique d'un enfant, les données de la Régie ne pourront servir en ce sens. Comme dans le cas des données sur les services pharmaceutiques, nous allons mettre en récit ce que ces données budgétaires disent.

Le constat est clair : la pratique de l'acte de diagnostic s'enrichit d'actes connexes pouvant eux aussi être l'objet d'une facturation et donc d'une rémunération. Cette modification

administrative du diagnostic doit être interprétée comme une reconnaissance à la fois de l'importance de la validation du T.D.A.H., mais aussi comme une exigence qu'entraîne le discours sur le trouble. Si depuis le début de la politique de la signification, l'État déploie des efforts considérables pour légitimer ses pratiques, la reconnaissance des outils de validation doit être interprétée comme une étape structurante dans la consolidation du diagnostic. Pour la thèse, il s'agit d'un élément essentiel qui confirme l'importance de ce travail de signification et de légitimation autour de l'acte et des moyens qui en découlent. En plus de montrer comment le diagnostic agrège de nouveaux actes facturables, nous pourrions dresser le portrait de la répartition spatiale de ceux-ci.

Le récit de la reconnaissance des actes du diagnostic : répartition spatiale des actes

Pour obtenir ces modifications aux modalités de facturation, les médecins devront démontrer que l'administration de la démarche de soin s'alourdit et obtenir une reconnaissance salariale. Cette complexité croissante témoigne d'un certain degré de maturité du dispositif qui profite du nombre de diagnostics liés à l'enfant et à sa progression pour en étendre la reconnaissance. En 1997, les codes d'actes qui sont liés au diagnostic sont présents, sans surprise le diagnostic de *Perturbation simple de l'activité et de l'attention* (3140) est le plus répandu. De 1997 à 2015, dans toutes les régions, 2 349 904 diagnostics dont le code est 3140 sont émis, soit presque la moitié des actes de diagnostic liés à l'enfant qui ont été facturés à la RAMQ.

Figure 31 : Répartition des actes de diagnostic au Québec

Région	Nombre diagnostic de perturbation simple de l'activité d'attention entre 1997 et 2015	Répartition des diagnostics totaux en %	Répartition de population en 2015 (%)
1	82 311	3,5	2,4
2	91 744	3,9	3,4
3	264 435	11,3	8,9
4	161 699	6,7	6,1
5	103 383	4,4	3,9
6	464 508	19,8	24,2
7	103 926	4,4	4,7
8	23 085	1,0	1,8
9	22 430	0,9	1,1
10	6737	0,3	0,5
11	25 128	1,1	1,1
12	113 131	4,8	5,1
13	87 135	3,7	5,1
14	154 295	6,6	6
15	245 177	10,4	7,2
16	398 951	16,9	18,4
99	1829	0,1	

À partir des années 2010 et 2011, dans la plupart des régions, on remarque une augmentation marquée des actes 3140. Cette augmentation coïncide à une année près avec le fait que les omnipraticiens deviennent les médecins les plus nombreux à se faire rembourser ces actes.⁷⁶

La répartition spatiale des actes : distribution de l'effort d'intégration

Une autre série d'actes nous permet de déterminer les lieux où les soins vont se donner. Les deux actes le plus souvent facturés sont la visite principale en pédopsychiatrie en cabinet privé (8780) et la visite principale en clinique externe (8787).⁷⁷ Il s'agit des deux portes d'entrée principales du dispositif de soin. Les centres d'accueil ou l'urgence psychiatrique sont relativement peu utilisés.

⁷⁶ Voir la figure 18 qui montre qu'en 2012 les omnipraticiens sont les plus nombreux à facturer de tels actes.

⁷⁷ La clinique externe se trouve habituellement dans les murs de l'hôpital, mais les soins qui y sont donnés ne nécessitent pas l'hospitalisation.

Figure 32 : Occurrence des actes selon le lieu de dispensation des soins

Code d'acte	Occurrence entre 2003 et 2015 toutes régions confondues
08780	6116
08787	172 955
08790	85
08791	400
08817	404

Source : Régie (2016)

La dispensation des soins de pédopsychiatrie et les actes qui en découlent sont le plus souvent offerts dans les cliniques externes — qui sont liées au réseau public et qui se trouvent le plus souvent sur le terrain de l'hôpital. L'écart est tel entre les actes 8780 et 8787 qu'il est clair que la porte d'entrée des soins en santé mentale pour les enfants demeure les cliniques externes. Il s'agit d'une partie significative du coût de la force de travail des médecins québécois et de leur acte de diagnostic. L'administration du dispositif de soin par le corps médical est ainsi largement répandue dans toute la province. Ces rencontres en pédopsychiatrie se déroulent à l'intérieur de longs délais et la démarche de plan d'intervention revient au personnel scolaire qui joue le rôle de la première ligne.

La deuxième ligne de soin nous fait passer à des catégories de cas plus sévères et parfois critiques. Les actes 8817 sont des consultations à l'urgence psychiatrique de l'hôpital. Pour utiliser l'Urgence, il faut avoir épuisé l'ensemble des ressources que l'on avait pour gérer le cas du trouble d'un enfant.⁷⁸ Ici la gravité des problèmes engendrés par les troubles de santé mentale est telle que les travailleurs sociaux, les orthopédagogues, les psychologues et les parents n'arrivent pas à intervenir pour assurer que les symptômes ne dégénèrent, certains cas sont transportés par la police et l'Urgence psychiatrique devient le seul lieu pouvant gérer cette crise et un ultime recours. Parce que garder un enfant dans une urgence psychiatrique entraîne de nombreuses complications légales et réglementaires, il faut

⁷⁸ On peut supposer que ces cas ne sont pas simplement suivis à l'école, mais aussi à travers le réseau des services sociaux.

pouvoir regrouper les enfants qui souffrent de problème de santé mentale entre eux. Ici la proximité entre la raison d'État et la biopolitique est à nouveau évidente.

C'est là où cet espace de troisième ligne devient nécessaire, l'acte 8791 *Consultation en pédopsychiatrie — Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)* permet de retracer les cas qui suggèrent que des soins où la contention chimique se prolonge dans un enfermement plus classique. Ces cas les plus complexes d'enfants souffrant de problèmes de socialisation nécessitant l'enfermement ont une forte prévalence des symptômes de T.D.A.H.

Il convient de rappeler que le quart des jeunes recensés ont entre deux et neuf diagnostics différents inscrits à leur dossier. Parmi tous les diagnostics, et indépendamment de leur caractère unique ou combiné, le trouble de déficit de l'attention est nettement le plus fréquent puisqu'il se trouve inscrit au dossier de 27,2 % des jeunes recensés (MSSS, 2007: 41).

Les centres jeunesse assurent les fonctions policières dans la gestion de la différence de ces enfants et les problèmes de socialisation qui en découlent. Le type de produits pharmacologiques le plus prescrit en 2007 pour les résidents des centres-jeunesse est sans surprise le psychostimulant (ibid : 46). Ces centres-jeunesse vont aussi avoir des outils particuliers pour l'évaluation des enfants qui ont des problèmes de santé mentale rares et complexes.

Figure 33 : Les mots du questionnaire — Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation médicale (6 à 12 ans)

I – LES INDICES DE PSYCHOPATHOLOGIE					
A) PRÉSENCE DU SYMPTÔME					
	Changement significatif			Changement significatif	
	OUI	Depuis quand		OUI	Depuis quand
☐ Fluctuation de l'humeur au cours des dernières semaines			☐ Augmentation des absences scolaires / abandon / retrait de l'école		
☐ Préoccupations morbides ou macabres (à travers des jeux, dessins ou histoires)			☐ Baisse de la performance scolaire / de participation		
☐ Peurs envahissantes			☐ Modifications des habitudes de sommeil (dort plus ou dort moins)		
☐ Jeux répétitifs ou idées intrusives			☐ Modification des habitudes alimentaires (pertes ou gains de poids)		
☐ Irritabilité, agressivité ou opposition excessive (fait souvent des crises pour raisons mineures)			☐ Apathie		
☐ Tristesse et pleurs non reliés à une perte récente			☐ Hyperactivité, agitation, nervosité, désorganisation		
☐ Anxiété / angoisse dans sa vie quotidienne d'enfant			☐ Plaintes de douleurs ou de malaises physiques / fatigue		
☐ Impulsivité / caractère imprévisible de ses réactions / perte de contrôle / fait des gestes sans réfléchir			☐ L'enfant détruit et délaisse ses biens, donne ses effets aux autres		
☐ Perte d'intérêt et de plaisir pour ce qui l'entoure / ne prend pas intérêt à jouer			☐ L'enfant modifie ses attitudes dans ses relations avec ses proches		
☐ Difficultés de concentration / d'attention			☐ Consommation ▪ Substances (colle, liquide à effacer, cigarettes, « pot », dissolvant à ongles, etc.)		
☐ Retrait social / isolement / n'a plus le goût de jouer / parler à ses amis					
☐ Abandon de la participation aux activités autrefois intéressantes			▪ Comportements observés suite à la consommation :		
☐ Idées délirantes, bizarres / contact étrange / fixation sur un thème répétitif			☐ Confusion (désorientation, incohérence dans les propos, perte de jugement)		
☐ Désespoir, grande souffrance psychologique, détresse (tout paraît noir et sans issue)			☐ Sentiment de dévalorisation		

Source : (MSSS, 2007 : 62)

Le comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivi par les centres jeunesse (2007) recommande que soit administré ce test le plus tôt possible après l'admission du jeune. Le petit nombre d'actes 8790 et le fait qu'elles se déroulent toutes à Montréal confirme les observations faites par le comité. En 2007, il constatait que « [l]a région de Montréal compte la plus grande proportion de jeunes dans des unités fermées d'un centre de réadaptation (50,8 %) » (MSSS, 2007: 31). Nos données indiquent quant à elles que les actes *Visite principale en pédopsychiatrie — centre hospitalier de soin longue durée (et centre d'accueil)* sont toutes facturés dans la région de Montréal, 85 occurrences sur une période de 8 ans. Le petit nombre indique qu'il s'agit de situations d'exception où des enfants vont être admis en centre jeunesse et y subir leur évaluation.

Au-delà de ces cas d'exception, nous constatons comment la pratique de soins s'organise dans toutes les régions du Québec dans la figure ci-dessous. Nous avons réparti le pourcentage des actes posés à travers les différentes régions pour documenter les disparités.

Figure 34 : Répartition en pourcentage des actes posés par région de 2003 à 2015

Région	8780 Visite principale en cabinet privé	8787 Visite principale en clinique externe	8790 Visite principale Centre de longue durée (centre d'accueil)	8791 Consultation en pédopsychiatrie centre de longue durée	8817 Consultation pédopsychiatrie salle d'urgence	Répartition de la population en 2015
Bas-Saint-Laurent	0	2,64	0	0	0	2,4
Saguenay — Lac-Saint-Jean	0	6,86	0	0	3,47	3,4
Capitale- Nationale	18,15	7,11	0	0	8,91	8,9
Mauricie et Centre-du- Québec	18,23	5,41	0	0	2,72	6,1
Estrie	12,25	2,14	0	2,50	1,49	3,9
Montréal	25,25	32,65	100	91	26,98	24,2
Outaouais	0	8,81	0	0	4,21	4,7
Abitibi- Témiscamingue	0	0,49	0	0	0	1,8
Côte-Nord	0	3,43	0	0	0	1,1
Nord-du- Québec	0	0,27	0	0	0	0,5
Gaspésie — Îles-de-la- Madeleine	0	1,69	0	0	0	1,1
Chaudière- Appalaches	0	2,98	0	0	6,93	5,1
Laval	0	0,07	0	0	0	5,1
Lanaudière	0	7,01	0	0	11,88	6
Laurentides	0	5,74	0	0	8,17	7,2
Montréal	26,13	12,70	0	6,50	25,25	18,4
Total	100	100	100	100	100	100

Signalons d'abord que l'acte 8787, le plus fréquent depuis 2008, fournit un bon indice de l'organisation des soins psychiatriques aux enfants partout au Québec. Le réseau public assure une couverture de soins à l'ensemble de la province et il est le principal vecteur de services. En fait, il est intéressant de remarquer que les régions 3, 4, 5, 6 et 16 sont les

seules à offrir des visites principales en pédopsychiatrie dans des cabinets privés. Elles se partagent les 6116 visites en 8 ans. Ce nombre paraît négligeable et fait écho à des discours de parents qui pourraient ici fournir l'explication que les services à des cliniques privées ne sont pas gratuits.⁷⁹ L'organisation des soins passe donc principalement par le public et plus particulièrement par les cliniques externes des hôpitaux.

En 2013, une série de codes apparaissent afin de reconnaître les actes d'utilisation *d'outils d'évaluation*. Il s'agit de questionnaires permettant d'établir le diagnostic. Les polémiques entourant le T.D.A.H. ont motivé une politique de la signification permettant d'établir un diagnostic différencié capable de séparer les problèmes d'attention et d'hyperactivité. Cette différenciation est cruciale dans l'entreprise de validation du diagnostic que l'on accuse souvent d'être bâclé. L'ajout de ces actes liés à une démarche d'enquête plus longue marque donc une forme de reconnaissance du travail supplémentaire qu'entraînent les précautions permettant d'arriver à un diagnostic « plus sûr ». Cette nouvelle série d'actes marque un passage important dans la maturation du dispositif de soin, l'acte de diagnostic lui-même se consolide à travers l'utilisation d'outil d'évaluation. Il est intéressant de remarquer qu'un code est très utilisé, soit le code 15 584 (externe), et que le code 15 564 (privé) l'est dans une moindre mesure. Les échelles cliniques longues sont très peu utilisées et cela fait écho à des récriminations déjà citées dans l'introduction de processus d'évaluation expéditifs.

⁷⁹ Par exemple ce témoignage de mère : «Au public, je n'ai eu que très peu d'aide du CLSC ou de l'école. Toujours la même réponse, c'est pas encore assez problématique... J'ai trouvé l'aide au privé. Et j'y ai trouvé de l'or mais l'or coûte cher [sic] » (Annexe 9 : 342).

Figure 35 : Le nombre d'actes liés à l'administration des outils d'évaluation

Code d'acte	Nom de l'acte	Occurrences entre 2013 et 2015
15 584	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — externe	72 787
15 564	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — cabinet privé	13 534
15 571	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — centre hospitalier	6890
15 692	Échelle clinique longue — externe	5173
15 689	Échelle clinique longue — cabinet privé	1920
15 691	Échelle clinique longue — centre hospitalier courte durée	294
15 595	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie — Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)	122
15 693	Échelle clinique longue — Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)	0

Source : RAMQ 2016

Bien évidemment, ce genre de questionnaire apparaît avant 2013, mais leur administration ne sera remboursée en tant qu'acte facturable qu'à partir de cette date. L'État québécois marque, par cette inscription comptable, un autre pas vers la consolidation du diagnostic de T.D.A.H. et sa légitimation.

Figure 36 : Répartition en pourcentage des actes posés par région de 2013 à 2015

Région	Administration et interprétation d'outil d'évaluation – cabinet privé	Administration et interprétation d'outil d'évaluation – centre hospitalier	Administration et interprétation d'outil d'évaluation – externe	Administration et interprétation d'outil d'évaluation – centre de longue durée	Échelle clinique longue – cabinet privé	Échelle clinique longue – centre hospitalier courte durée	Échelle clinique longue – externe	Répartition de la population en 2015 (%)
Bas-Saint-Laurent	0	8,64	8,15	0	0	0	8,82	2,4
Saguenay — Lac-Saint-Jean	0,44	0	0,23	0	0	0	0,48	3,4
Capitale-Nationale	28,74	14,91	9,2	0	1,51	0	2,34	8,9
Mauricie et Centre-du-Québec	9,71	0,84	1,98	0	0	0	0,41	6,1
Estrie	9,52	0,48	2,94	0	0	2,04	12,91	3,9
Montréal	31,59	18,8	26,15	100	65,36	37,76	30,37	24,2
Outaouais	0	11,32	15,33	0	0	28,91	7,17	4,7
Abitibi-Témiscamingue	0	0	1,17	0	0	0	0	1,8
Côte-Nord	0	3,93	3,6	0	0	0	0,81	1,1
Nord-du-Québec	0	0	0,78	0	0	0	0	0,5
Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine	0	0,09	0,14	0	0	0	0	1,1
Chaudière-Appalaches	0	8,74	7,73	0	0	0	0,79	5,1
Laval	0	1,32	4,47	0	0	1,7	5,64	5,1
Lanaudière	0	2,44	2,03	0	0	0	15,16	6
Laurentides	0	22,67	7,19	0	0	20,41	7,75	7,2
Montérégie	20,01	5,83	8,91	0	33,13	9,18	7,35	18,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans quelques régions, les actes associés à ces outils d'investigation clinique sont inexistants. Il y a un déplacement des points de service lorsque les cliniques privées existent alors que très peu de ces actes sont posés dans les centres hospitaliers. Les régions de Montréal, la Capitale-Nationale, l'Estrie et de la Mauricie ont des taux d'administration de formulaire court en clinique privée significativement plus élevés que leur proportion de la population. Ce qui est frappant c'est la manière très inégale par laquelle les actes sont distribués d'une région à l'autre. Cela revient à un constat fait depuis longtemps à propos de la répartition des soins de santé mentale au Québec et à la difficulté d'offrir des services similaires partout dans la province (Gagnon et Gousse, 1975). Ce que les données indiquent c'est que le critère qui demeure le plus important pour corroborer le diagnostic n'est pas l'utilisation de ces outils d'évaluation. Soit le processus s'appuie sur l'évaluation des acteurs du dispositif biopolitique, soit il s'appuie sur d'autres questionnaires non régis, soit il s'appuie tout simplement sur l'efficacité de la médication. Si le corps médical voulait s'assurer de poser des diagnostics valides et d'en renforcer leur crédibilité, il utiliserait ce genre de procédure systématiquement.⁸⁰

Enfin, on remarque que l'utilisation des outils d'évaluation de la symptomatologie est facturée de manière beaucoup plus importante dans les cliniques externes et, dans une moindre mesure, dans les cabinets privés. Cela est conforme à ce que nous examinons plus tôt sur les lieux de dispensation des soins. Notons enfin l'écart entre le réseau public et les cabinets privés. Il faut considérer deux possibilités : d'abord, que le réseau doit gérer les cas les plus complexes qui requièrent une investigation clinique approfondie et l'utilisation de questionnaires, ensuite que des pratiques de facturation sont mieux connues et optimisées à cause du volume de soin et parce que les médecins s'y côtoient.

Enfin, l'absence de données sur les actes combinées pour une visite principale en pédopsychiatrie à un supplément payable pour la rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire est éloquent selon nous. Une grande facturation de ces codes nous indiquerait une

⁸⁰ Pour les mêmes années, 873521 diagnostics de *Perturbation simple de l'activité de l'attention* ont été posés et seulement 100720 outils d'évaluation ont été facturés.

collaboration entre les réseaux médical et scolaire qui viserait à développer d'autres approches que la médication. Or l'analyse des données montre que ces actes sont facturés de manière anecdotique.

Figure 37 : Variations des services rendus à l'acte accompagné de l'acte 15556 – 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2015

(Codes d'actes : 08780, 08787, 08790, 08791 et 08817) Un acte est accompagné d'un autre s'ils ont été rendus pour un même individu, par un même dispensateur, dans la période de sélection de ce rapport			
Dispensateur	Année du service rendu	Code d'acte	Nombre de services
Spécialiste	2003	8780	0
Spécialiste	2003	8787	0
Spécialiste	2004	8780	0
Spécialiste	2004	8787	0
Spécialiste	2005	8780	0
Spécialiste	2005	8787	0
Spécialiste	2006	8780	0
Spécialiste	2006	8787	0
Spécialiste	2007	8780	0
Spécialiste	2007	8787	0
Spécialiste	2008	8780	19
Spécialiste	2008	8787	6
Spécialiste	2009	8780	16
Spécialiste	2009	8787	12
Spécialiste	2010	8780	22
Spécialiste	2010	8787	11
Spécialiste	2011	8780	33
Spécialiste	2011	8787	13
Spécialiste	2012	8780	61
Spécialiste	2012	8787	11
Spécialiste	2012	8791	0
Spécialiste	2013	8780	107
Spécialiste	2013	8787	75
Spécialiste	2014	8780	278
Spécialiste	2014	8787	69
Spécialiste	2014	8790	0
Spécialiste	2015	8780	590
Spécialiste	2015	8787	18

Il faut donc comprendre que lors d'une visite dans un point de service de soins de santé mentale, il est rarissime que les médecins facturent des actes pour la rédaction de rapports qui pourraient donner lieu à une collaboration avec d'autres acteurs impliqués dans les soins à ces enfants. Ce type d'interaction pourrait développer sur une véritable interdisciplinarité dans l'intervention, elle pourrait permettre que la médication soit appuyée par d'autres types d'intervention. Ce que nos données démontrent c'est que d'un point de vue administratif, une telle action qui pourrait faire l'objet d'une facturation est tout simplement négligeable.

Synthèse de l'analyse

Que pouvons-nous retenir de toutes ces données quantitatives et de leur utilité dans l'appréciation du déploiement de la biopolitique au Québec? Il faut d'abord bien comprendre que ces données sont partielles et qu'une large part de l'activité liée au diagnostic est invisible. Le fait que l'organisation de la couverture des assurances médicaments soit hybride au Québec entraîne donc ce problème quand vient le temps de documenter l'intervention psycho-pharmacologique sur le territoire de la province. Dans ce contexte biopolitique, il ne fait pas le moindre doute que l'État n'a pas avantage à ce que soient connues ces données, l'ampleur du phénomène aurait de quoi faire frémir. Les données publiques laissent déjà présager que le problème est d'une ampleur titanesque.

Malgré tout, nous traitons ces marques statistiques comme autant de points de déploiement ou d'articulation de régimes de gouvernementalité concordants, mais spécifiques. Ils s'accordent entre eux par la finalité auxquels ils mènent : la médication. Le parcours individuel de ces enfants qui voient leur corps être disposé dans une existence structurée par le psychostimulant rencontre une similitude avec les nombreux autres cas. La vie de ces enfants prend une dimension politique où leur destin est en jeu et dépend du régime de médication propre à leur région, certaines régions entraînant un risque de médication plus élevé que les autres. C'est là que le régime de gouvernementalité devient spécifique puisque chaque enfant voit la différence qui le marque s'exprimer dans un contexte particulier. C'est à travers le champ sémantique produit par la cohabitation des

acteurs de son contexte que les observations et les interventions des autres définissent son expérience particulière. Ce qu'il faut bien comprendre c'est que ces données sont en fait un point autour duquel un ensemble d'interventions va être mis en place et faire en sorte de déterminer le mode de subjectivation de chacun de ces enfants. Le diagnostic n'est pas un acte ponctuel et isolé, c'est un ensemble d'observations et de jugements, ce sont différents mécanismes de gestion du comportement qui ont été mis en place avant d'y arriver, ce sont aussi des interventions auprès des parents pour structurer la relation parentale, etc. Le diagnostic comme la médication ne viennent jamais seuls.

Ce que les données montrent en premier lieu c'est la distribution minimale de ces points de dispersion du dispositif biopolitique. Évidemment, les médecins et les pharmaciens sont impliqués ainsi que tous les intervenants du milieu des services sociaux (qu'il soit travailleur social, éducateur spécialisé, psychologue, orthophoniste, etc., ou qu'ils soient des enseignants et bien sûr des parents) sont également reliés entre eux pour partager certaines informations, valider certains comportements et développer des stratégies d'intervention à ce qui constitue un problème collectif. La psycho-pharmacologisation de l'insertion sociale marque une rupture temporelle importante pour l'histoire des instruments de l'État au Québec. L'intervention psycho-chimique sur le cerveau d'un enfant dans le but de le socialiser est une possibilité nouvelle dans l'histoire de l'éducation. Jamais n'aura-t-on poussé aussi loin cette relation de la technique avec la reproduction de la vie. Cette politique sur la vie qui oscille entre contrôle et optimisation de l'enfant naît dans un contexte d'extrême précarité où l'État libéral n'arrive pas à s'engager pleinement dans un soutien social plus substantiel des pratiques s'appuyant sur des rapports sociaux qui pourraient être thérapeutiques.

À travers les moyens pharmacologiques, l'acte de diagnostic manifeste son caractère exceptionnel puisqu'il fournit les moyens de contrôle sur *ce que peut un corps* qui, jusqu'alors, compose mal en société. Le besoin d'aide est très présent comme nous le verrons dans le prochain chapitre et la médication accomplit une forme de « travail social » qui autrement n'est pas disponible. La participation de l'enfant au processus de diagnostic n'assure en rien qu'il soit en mesure de prendre une décision éclairée sur la manière de

remédier à un trouble social que provoque sa présence dans les mondes partagés et qu'il puisse se prémunir d'une intervention qui se ferait au détriment de sa personne. On ne peut qu'espérer que la gravité d'un tel acte porte avec elle d'importantes précautions vis-à-vis un diagnostic aux conséquences ontologiques aussi importantes pour l'enfant. Notre dernier chapitre se consacrera à cette réflexion critique. Mais avant cela, nous allons procéder à une analyse du discours des parents. Nous l'avons mentionné depuis le début de la thèse, les parents jouent un rôle capital dans les régimes biopolitiques. En effet, ils deviendront des acteurs cruciaux dans la politique de la signification et dans la stabilisation du topique que va devenir le T.D.A.H. dans le discours social.

Avant de conclure l'analyse des données de la RAMQ, un rappel s'impose cependant pour bien saisir l'utilité de ces dernières pour la thèse. D'abord, il faut bien comprendre que l'utilisation de la médication vient compenser une forme de travail social qu'elle remplace en facilitant l'organisation et la gestion de la différence de certains enfants. Ce travail est évidemment invisible ici, mais le travail qui le remplace, celui de l'administration de la biopolitique du T.D.A.H., est mis en lumière grâce aux actes médicaux et aux services pharmaceutiques. Par ailleurs, on ne peut que constater l'importance de ce travail qui n'a fait que croître dans les années 1997 à 2015. Cela nous a aussi permis de constater les variations importantes dans les avenues thérapeutiques, si les chemins mènent tous à Rome, certains d'entre eux sont plus difficiles que d'autres (centre jeunesse, urgence de psychiatrie). Ce constat est nécessaire pour éviter de traiter « en bloc » l'utilisation de la médication et en saisir la complexité, le délinquant juvénile et l'enfant qui ne réussit pas à l'école n'ont nécessairement pas le même parcours, mais finissent souvent par se croiser autour du psychostimulant. À travers le langage des codes de la Régie, nous avons montré la manière dont s'est institutionnalisée cette pratique de soin. Il ne faut pas oublier en terminant que ces codes et ces actes s'inscrivent bien plus dans le corps des enfants que dans les livres de la régie.⁸¹ Pour donner un sens à cette « texture », nous allons maintenant laisser parler leurs parents et plonger dans l'expérience du T.D.A.H. Ce n'est seulement

⁸¹ D'ailleurs rappelons que « les livres » de la RAMQ sont incomplets et qu'ils laissent échapper un nombre important de données comme nous en avons discuté au premier chapitre.

qu'après que nous pourrions réfléchir à la portée de ce déplacement du travail social vers la technologie pharmacologique et à ces implications politiques.

Chapitre 5 : La grammaire du T.D.A.H. sur Facebook : la sodalité des mères dans l'expérience d'avoir un enfant différent

[...] une identité de petit groupe, *créant* la cohésion d'une sodalité, – c'est-à-dire d'une communauté « à base de persuasion ».

Angenot, 2014; 230

La réalité subit ce renversement : elle était le donné que la phrase décrit, elle est devenue l'archive où l'on puise les documents, les exemples qui valident la description.

Lyotard, 1983; 69

Le corpus et l'analyse des témoignages

La politique de la signification menée par l'État ainsi que l'action performative du dispositif de soin posent les bases heuristiques de cet acronyme et a permis de multiplier sa détection chez les enfants scolarisés. Ces deux actions conjuguées vont assurer que cette construction sociolinguistique s'impose aux individus avec une forme d'autorité de manière à servir de référent qui va structurer les perceptions de l'enfant différent. L'acronyme T.D.A.H. devient une véritable topique dans le discours durant la période étudiée. Précisons avec Marc Angenot ce que nous entendons par ce terme :

On appellera topique le répertoire, inépuisable en réalité, des « lieux » et présupposés généraux du vraisemblable social tels que tous les intervenants des débats de société s'y réfèrent pour fonder leurs divergences et désaccords... La topique d'Aristote forme un répertoire qui prédique le vraisemblable et elle engendre des sujets logiques en procédant par stéréotypies et généralités... (Angenot, 2014 : 96).

Les deux derniers chapitres ont dressé le portrait de la manière dont deux formes d'autorité, politique et scientifique, participent à la construction du discours sur l'enfant différent. Pour arriver à exposer le répertoire topique autour du T.D.A.H., d'autres types de discours seront utilisés ici. Le discours de l'État et des médecins s'appuie sur la science et sur la médication pour accroître la validité du diagnostic, il s'agit là d'un travail sur la

« structure » du savoir. Or ce que nous allons décrire ici est en décalage avec le *discours savant*, il s'agit véritablement d'explorer les « présupposés généraux du vraisemblable social » qui entoure le T.D.A.H. Pour cela, nous allons avoir recours à des *discours profanes* propres à exposer la manière dont les parents témoignent de leur relation avec le trouble. Après avoir décrit la structure et les permanences dans le discours sur le T.D.A.H., nous voulons « ... chercher à identifier et décrire dans leur moment historique, les compétences (actives) et les goûts (réceptifs) face à ces idées et ces discours » (Ibid : 318). Dans le cas qui nous occupe, ce sont les mères qui sont les principales destinataires du savoir de ces structures.

Dans ce chapitre, nous avons procédé à l'analyse de l'ensemble des publications sur des sites Facebook de plusieurs pages qui sont listées ci-bas. Tous ces sites participent à leur manière à diffuser de l'information, comme l'indique le nombre d'adhérents, et certains ont un poids plus important que d'autres dans le paysage virtuel.⁸²

Figure 38 : Groupes Facebook situés au Québec en lien avec le T.D.A.H – 2010 à 2015

Pages étudiées	Nombre d'adhérents	Date de création
TDAH	27 387	17 juillet 2010
Panda Bas St-Laurent	358	5 avril 2011
Association Panda Thérèse-de-Blainville et des Laurentides	2234	22 février 2011
Association Panda Brome-Missisquoi	500	25 août 2011
Regroupement des associations Panda	3690	27 octobre 2011
Panda Matawinie	2962	27 mars 2012
Association PANDA Saguenay Lac Saint-Jean	667	10 septembre 2015
Association Panda Les Deux-Rives	320	19 mars 2012

⁸² D'autres sites existent et sont spécifiquement utilisés par les parents d'enfant T.D.A.H., ils ne sont pas l'objet de cette analyse puisque l'adhésion à ces derniers est contrôlée par un questionnaire qui permet aux gestionnaires de choisir qui peut voir ou non les publications. D'ailleurs, les règles de fonctionnement exigent la confidentialité dans les échanges. Il est à noter que l'univers virtuel a beaucoup changé depuis l'apparition de ces sites.

TDAH Québec.com	13 002	12 juin 2012
Clinique multidisciplinaire TDA/H Mauricie Centre du Québec	2569	9 août 2012
Clinique TDAH de Montréal	1588	19 mai 2011
Famille TDAH	12 689	5 décembre 2011
TDAH Estrie	1885	26 août 2013

Source : Facebook, octobre 2019

Dans ce corpus de pages Facebook, certaines réactions en chaîne provoquées par des phénomènes de témoignages retentissants ont attiré notre attention et nous servent de grille pour établir l'idéal-type permettant d'analyser cette forme singulière d'évènements discursifs. Un groupe restreint de cinq publications entre les années 2010 et 2015 sont arrivées à dépasser plus de 90 commentaires et la plus grande partie des témoignages cités dans ce chapitre sont tirés de ces oscillations marquées. En effet, ces chaînes énonciatives ont donné lieu à des interactions accrues entre les participants; ont permis de rendre visible la manière dont les parents sont poussés par le désir de s'identifier les uns aux autres; et de se soutenir et de manifester une forme d'unité énonciative propre à créer un climat favorable à leur expression et au partage de leurs expériences. Ces publications Facebook passent à un statut interactif où la production d'énoncée par les utilisateurs donnent l'impression d'une communauté de parole, c'est pour cette raison qu'elles ont généré cette forme particulière d'énoncé qu'est le témoignage.⁸³

À l'intérieur de ces événements discursifs rares, ce sont les femmes qui produisent plus de 90 % des interventions.⁸⁴ Une intervenante va jusqu'à relever le fait dans une publication du 8 mars 2014, jour de la Journée des femmes. « C'est drôle, (enfin, façon de parler) : est-ce

⁸³ Un groupe privé sur Facebook *Parents d'enfants atteints de TDA/H* donne aujourd'hui lieu à d'importants partages de témoignages et à des phénomènes d'interaction du même ordre que ces cinq témoignages mais de manière quotidienne. La collaboration et l'échange entre parents participent pleinement à la formation discursive de la parentalité T.D.A.H. Entre le 1 novembre 2019 et le 20 novembre 2019, sur le site « Parents d'enfants atteint de TDA/H », seize publications ont dépassé les 40 commentaires, dont une a compté 89 commentaires et une autre 115. Ce qui était des phénomènes rares entre 2010 et 2015 est devenu courant en 2019.

⁸⁴ Une seule exception est à noter, la publication du 14 mars où sur 768 entrées, 164 sont produites par des hommes.

parce que nous sommes le 8 mars qu'il n'y a que des commentaires de Mamans????? » [sic] (Annexe 9 : 348, 6 : 14).⁸⁵ D'ailleurs, cela est aussi vrai des autres sites consultés. Francine Saillant observe déjà ceci à propos du rôle des femmes dans la dynamique de soin :

Les femmes paraissent occuper une position de relais entre les univers domestique et extra-domestique (Graham 1985; McClain 1989). Présentes lorsque la maladie se manifeste au sein du groupe domestique, c'est un peu à elles que sont formulées les premières « demandes » de mieux-être, sinon de guérison, quand s'amorce la maladie. (Saillant, 1999 : 9)

Cette position de relais entre le domestique et l'extra-domestique nous allons la décrire grâce à des témoignages, nous verrons que ces femmes se retrouvent à assumer le travail qu'implique de répondre à ces « demandes » particulièrement et proposer une manière nouvelle d'interpréter les symptômes et le trouble.⁸⁶

La parole de ces mères met en lumière cette tension entre leur intervention sur leur enfant et les exigences de la société envers elles. Cette parole s'exprime à travers les puissances normalisatrices qui accompagnent le dispositif de soin qui participe à la construction de leur position d'énonciation. Le dispositif biopolitique porte avec lui certains régimes de vérité qui structurent l'expérience parentale du T.D.A.H. et qui fait de ces mères le point d'entrée de ces savoirs vers la cellule familiale. Or ce passage du savoir vers la sphère privée se fait à travers un travail de réinterprétation, de détournement ou de reformulation qui réduit ce savoir, dans une forme de pragmatisme qui doit permettre de donner du sens à la situation concrète que ces mères vivent, mais qui ajoute aussi à ce savoir une connaissance pratique qui est irréductible au savoir scientifique qui pénètre dans le milieu familial de manière à soutenir la reproduction de la société et l'insertion sociale. C'est

⁸⁵ De manière à préserver l'anonymat des participants que nous allons citer, nous avons évité de publier leur nom, même si ces publications sont du domaine public. La méthode utilisée pour citer est de renvoyer à l'annexe 9 qui contient des captures d'écran de tous ces témoignages, suivi du numéro de page et enfin de l'heure de la publication si elle est disponible (A9 : # page, minute). Il est à noter que nous avons placé ces témoignages de manière aléatoire sous les bandeaux des pages les plus importantes (TDAH, Famille TDAH, etc.). L'objectif est d'assurer la confidentialité des participants tout en faisant connaître l'identité visuelle des sites qui ont inauguré l'espace virtuel du T.D.A.H. au Québec.

⁸⁶ Nous utiliserons le féminin pour parler des participantes à ces sites pour marquer la prépondérance de leur présence. Cela ne veut pas dire qu'aucun homme ne participe, mais simplement que leur participation est beaucoup moins importante. La grammaire française supposerait de poser masculin et ferait en sorte de rendre encore plus invisible le travail de ces femmes.

l'univers sémantique et la grammaire de ce phénomène complexe que nous allons exposer dans les prochaines pages.

Devant l'insuccès de l'insertion sociale de leur enfant, des parents éprouvent une situation d'interaction difficile qui se traduit souvent par une position d'isolement et un contexte d'énonciation hostile. Nous allons commencer par exposer les caractéristiques des textes générateurs de ces phénomènes d'interaction. Ces textes ont été partagés à un moment ou à un autre sur le site « TDAH » et ils se démarquent par l'importante participation à laquelle ils ont donné lieu. Ces textes sont tous publiés par des femmes, quatre d'entre eux portent sur l'expérience parentale dans le contexte d'un enfant « différent ».

Le premier témoignage à être publié s'affaire à dresser le portrait d'une mère d'enfant différent de manière à le faire sortir de leur invisibilité.⁸⁷ Le texte commence ainsi : « Vous les rencontrez un peu partout... » et tente de montrer à travers des exemples quotidiens les interactions de ces mères avec la société. « Ce sont des mères presque comme les autres. (...) Elles ont mis leur bébé au monde et puis un jour, rapidement ou sur le tard, une petite alarme a sonné et il leur a fallu partir à la chasse au diagnostic. C'est là qu'elles ont commencé à se différencier de vous » [sic]. L'exposition de la parentalité différente à travers ces particularités a pour objectif de montrer la singularité du rôle social du parent d'enfant différent. L'énoncé porte ainsi une volonté de s'inscrire dans un dialogue social de manière à rendre visible l'expérience difficile de ces parents et de ces enfants.

Le deuxième témoignage est celui d'une mère qui partage la difficile expérience d'avoir reçu des menaces suicidaires de la part de son fils.⁸⁸ Dans ce cas, cette expérience difficile est le point de départ d'une démarche qui aboutit au diagnostic. « Pas une minute de plus, on est dans la voiture pour l'hôpital. C'est là que le diagnostic tombe! TDAH... » [sic]. Le témoignage remonte la chaîne des différents comportements problématiques de l'enfant en les réinterprétant à la lumière du diagnostic. « Avec le diagnostic, notre quotidien se ressemble, cependant en étant conscients de ses limitations, nous pouvons désormais vivre

⁸⁷ Pour la publication complète voir l'annexe 4.

⁸⁸ Pour la publication complète voir l'annexe 5.

son TDAH avec lui et le soutenir à travers ses épreuves. Il est maintenant perçu comme un être courageux et non plus paresseux » [sic]. Ce témoignage montre le diagnostic comme un mécanisme de transfiguration, c'est-à-dire qu'il a la capacité à changer complètement la manière de comprendre le comportement de l'enfant lui donnant ainsi une figure positive.

Le troisième témoignage s'appuie lui aussi sur une entreprise de transfiguration de l'enfant différent alors que l'auteure témoigne de l'espoir d'avoir un enfant extraordinaire, « ... le petit Einstein ou le petit Mozart qui enchante tout le monde... » [sic], espoir déçu alors que cette différence s'exprime plutôt de manière négative par un enfant difficile qui n'apprend pas.⁸⁹ Le témoignage porte avec lui un aveu, celui de franchir le pas pour devenir « une mère indigne qui "dague" son enfant pour avoir la paix » [sic]. Ce tabou se résout par la réussite de la médication alors que la condition de l'enfant s'améliore. La transfiguration de l'enfant s'opère dans ce contexte, « ... il a retrouvé sa joie de vivre et il est devenu adorable » [sic]. Malgré ce changement, l'insertion sociale de l'enfant différent y est présentée comme un surcroît de travail parental important, « Je dois constamment faire le maximum, voire l'impossible. Le département des miracles, il est chez moi et c'est moi qui le gère » [sic]. La condition de l'enfant médicamenté est loin d'être une condition favorable : « Il n'aura jamais le chemin facile, il devra se battre tous les jours et faire face à des défis... » [sic]. La médication est un palliatif dans ce cas et non un moyen de performance comme cela est parfois présenté (St-Onge, 2015).

Le quatrième témoignage porte lui aussi sur le tabou d'administrer de la médication à son enfant.⁹⁰ « Oui, je l'avoue, mère indigne que je suis, je donne une pilule de cette drogue le matin et je recommence ce même voie de fait au diner. J'intoxique mon enfant du lundi au vendredi » [sic]. Au-delà de cette volonté de briser un tabou, ce texte tente de montrer comment la parentalité d'un enfant différent confine à l'isolement qu'il n'est possible de supporter qu'avec « ... un costume de super héros. Celui-là, il est très lourd à porter, il nous fait courber les épaules sous son poids, mais c'est avec ce costume là qu'on réussit à passer au travers » [sic]. Cette métaphore est d'autant plus parlante que la « protection » de ce

⁸⁹ Pour la publication complète voir annexe 6.

⁹⁰ Pour la publication complète voir annexe 7.

costume est utile pour protéger les parents des pressions sociales. « Par-dessus tout, ce qui nous fait pleurer c'est quand nous voyons un article dans le journal ou à la télé portant sur le TDAH et sa médication. Nous pleurons car nous savons que notre costume d'Iron man sera plus lourd encore... » [sic]. Le jugement social rapide et qui ne tient pas compte de la réalité complexe du trouble est ce qui fait souffrir ces parents.

Enfin, le cinquième témoignage porte sur une expérience vécue autour d'un gala de méritas et a une forme bien particulière.⁹¹ La narration y est effectuée par un enfant qui, malgré tous les efforts qu'il doit déployer pour arriver à réussir, se trouve à ne recevoir aucune reconnaissance lors de cette soirée organisée à son école. « Je veux avoir de bonnes notes, je travaille très fort, mais les résultats ne sont pas au rendez-vous » [sic]. Évidemment, c'est la mère de l'enfant qui signe le billet, mais ce procédé vise à nous plonger dans l'expérience douloureuse de cet enfant. Le témoignage présente l'enfant dans la posture où les efforts qu'il fournit doivent s'attendre à ne pas recevoir de reconnaissance, l'expérience de réussite est ainsi toujours mitigée. Le billet s'adresse ainsi au personnel scolaire et a pour but de les sensibiliser à ces pratiques de reconnaissance envers les élèves méritants. « On a remis presque autant de méritas et de bandeaux qu'il y avait d'enfant dans la salle » [sic]. Pourtant, les efforts considérables de son enfant ne lui ont pas permis d'avoir cet honneur.

Voilà donc le résumé des cinq publications ayant permis le plus grand nombre d'interactions entre les utilisateurs de ces sites. Nous allons maintenant examiner certains mécanismes discursifs qui permettent de donner une consistance à la position énonciative de ces parents nous permettant ainsi de les regrouper dans un groupe spécifique qui joue une fonction essentielle dans la légitimation du dispositif discursif.

⁹¹ Pour la publication complète voir annexe 8.

L'identification et la consolidation d'une identité commune : la construction de la grammaire

Dans cette section, nous allons mettre l'accent sur les points communs qui recoupent l'expérience d'être un parent d'enfant T.D.A.H.⁹² Ce que nous souhaitons arriver à décrire ce sont les mécanismes par lesquels un ensemble d'énoncés dans l'espace virtuel arrive à trouver une consistance qui nous permet de reconstituer un ensemble d'acteurs qui, parce qu'ils sont réunis, ont une influence sur la signification que prend leur expérience. Pour ce faire, nous allons montrer comment la différence de leur enfant a des implications sur leur travail parental et sur le reste de leur existence. Ensuite, nous allons examiner comment ces communautés virtuelles reposent sur des phénomènes d'identification qui permettent de former un pôle significatif dans le dispositif biopolitique. De plus, nous allons montrer comment la participation d'acteurs qui ne sont pas des parents à leur discussion participe à consolider une identité commune. Pour finir, nous allons analyser la principale stratégie discursive qui permet de légitimer l'utilisation de la médication.

Monde parallèle, précarité et surtravail

Avoir un enfant à sa charge implique pour tout parent une forme de travail plus ou moins soutenu qui doit lui être consacré. Nous avons déjà abordé la question en examinant la manière dont Locke envisageait le rôle parental.⁹³ Selon leur âge et leur tempérament, la quantité de soin à administrer aux enfants diffère, parfois de manière importante. La condition d'un enfant T.D.A.H. marque un écart important dans la quantité de soin pour les parents. L'effort à fournir pour continuer à maintenir la possibilité que l'enfant développe son autonomie est considérable.⁹⁴ Les témoignages en ce sens sont nombreux et nous n'en citons que quelques-uns qui vont tous dans la même direction. Le monde parallèle dont il était question dans la section précédente n'est pas uniquement le résultat de l'isolement

⁹² Nous suggérons au lecteur de prendre le temps de lire l'annexe 9 qui contient l'ensemble des citations du prochain chapitre et qui constitue une incursion dans le monde virtuel des T.D.A.H.

⁹³ On se rappellera que, selon Locke, l'enfance est un âge imparfait qui entraîne l'obligation pour le parent de prendre soin de l'enfant tant que celui-ci n'est pas délivré de ce soin.

⁹⁴ La surreprésentation dans le corpus de ces témoignages de mères va dans le sens de ce que Saillant (1999) observe, c'est-à-dire que les femmes jouent un rôle clé dans l'organisation des soins domestiques.

social dont les témoignages rendaient compte plus haut. Le parcours de soin de l'enfant participe lui aussi à sortir l'existence de la famille du monde « normal » pour l'emmener dans le décor du dispositif de soin.

J'ai 3 garçons et 1 fille. Tous atteint du TDAH. Étant mère monoparentale, à 7h30, quand les enfants quitte pour l'école, ma journée est déjà faite! La conciliation travail-famille est très difficile. Il faut des employeurs compréhensifs afin de nous libérer pour faire le suivi avec les médecins, pédiatres, École, CLSC, allouèèèèèèète!!!! [sic] (A9 : 341, 6 : 25).

La disponibilité que requiert le suivi d'un enfant T.D.A.H. exerce une pression très importante sur les parents. « J'ai dû quitter mon nouvel emploi car mes enfants ruaiement trop dans le bécue. Problèmes de comportement, d'attention, anxiété... » [sic] (idem). Cette mère témoigne des problèmes qu'entraîne la nécessité de devoir partager son temps entre le travail et la gestion familiale. En plus des problèmes pour les enfants qui n'ont pas assez de temps avec les parents, l'attention particulière que requiert l'enfant T.D.A.H. représente une surcharge pour le parent lui-même.

J'ai dû arrêter de travailler 6 mois car je n'étais plus capable, juste survivre aux matins pour arriver à l'heure au travail, je n'arrivais pas à m'épuiser pour le reste de la journée! C'est un combat quotidien, il n'y a jamais de répit et le plus difficile est de trouver de l'aide [sic] (A9 : 343, 1 : 10).

Le surtravail parental offre peu de voies de sortie. Le processus qui mène au diagnostic est souvent long et parsemé de différentes rencontres qui viennent mettre de la pression sur le travailleur qui doit alors s'absenter. Si l'école publique naît de cette nécessité de libérer les travailleurs du travail domestique le temps que les enfants soient aptes à intégrer eux aussi le marché du travail, l'enfant différent, qui a des problèmes d'intégration scolaire, devient un cas particulier où cette promesse ne peut être tenue. C'est ce qui plonge ces parents dans une forme de précarité à deux volets, comme on l'a vu avec ces témoignages : soit le parent n'arrive tout simplement pas à travailler et il se trouve dans une situation économique difficile, soit il arrive à travailler, mais le surtravail domestique l'épuise. Certains parents arrivent à vivre avec cette situation en tentant d'en tirer un peu de positif. « Bon courage

tout le monde, on doit travailler plus fort que les autres, mais notre vie est toujours pleine de rebondissement » [sic] (A9 : 344, 11 : 10).

La biopolitique dans un contexte comme celui-là tente de soutenir ces milieux de vie à travers différentes techniques de pouvoir. Dans le contexte de surtravail parental, toutes techniques permettant d'alléger les efforts de parents sont les bienvenues. La médication a cette propriété de pouvoir agir de manière souvent décisive pour structurer l'existence de l'enfant qui souffre du trouble de manière à ramener une forme de normalité dans la vie familiale. Ce père témoigne :

La médication est un aide bénéfique pour nous, j'ai repoussé trop loin, par crainte, que ma fille soit médicamentée. Aujourd'hui et demain, que ce soit un jour de semaine ou de fin de semaine, elle prendra ce médicament. Si je vois pas clair, vais-je laisser mes lunettes le week-end? Non. C'est la même chose pour la médication. On a droit à l'harmonie et à l'ordre maintenant. Plus de cris, de coups ou de pleurs, même qu'on rit, s'agace et profite pleinement de cette nouvelle vie [sic] (A9 : 344, 12 : 26).

Ce droit à l'harmonie et l'ordre, comme plusieurs autres droits, sont le résultat d'une conquête possible grâce à la pharmacopée. Ce que permet cette dernière c'est d'assurer un bon fonctionnement de l'enfant dans les tâches quotidiennes, en ce sens la famille peut redevenir un environnement plus paisible. En allégeant le travail parental, que ce soit à travers des dispositifs comme des systèmes de récompense, des calendriers pour organiser l'horaire des enfants où la pharmacopée et la biopolitique agissent sur les parents de manière à assurer de préserver leur aptitude à effectuer leur travail parental et ensuite de les soustraire à la précarité qui pèse sur eux et qui les empêche de travailler.

Les enjeux biopolitiques du T.D.A.H. apparaissent d'abord dans la fonction sociale que l'on réserve aux parents qui doivent prodiguer les soins nécessaires à ce que leur enfant devienne autonome. L'école prend le relais de ce travail pour libérer les parents qui ne sont pas disponibles pour le régime de production. Les effets du trouble sur le monde du travail se font aussi sentir sur le travailleur T.D.A.H.. Chez lui, le déficit est aussi vécu comme un

surcroît de travail qui peut entraîner une surcharge liée à un dysfonctionnement dans le mode de régulation de l'action intersubjective. La capacité à mobiliser l'attention nécessaire à l'action collective pour assurer une participation constructive à l'entreprise collective, particulièrement dans le contexte du monde du travail, devient une surcharge pour l'individu T.D.A.H. « Comme adulte, j'ai parfois développer des stratégies pour avoir l'air de ne pas être débordée (je rallonge mes projets), de ne pas avoir l'air trop en désordre (je ferme les portes) et pour ne pas avoir l'air trop égarée (j'en ris avec les autres) » [sic] (A9 : 344, 9 : 30). Le déficit de participation se calcule en termes de rendement et plus la tâche à accomplir est grande, plus le poids du surtravail peut avoir des conséquences. L'employé qui souffre d'un T.D.A.H. se trouve dans un régime de surtravail qui doit compenser sa désorganisation par des formes d'adaptation qui varient selon le contexte et selon les cas. S'ils sont maîtrisés, ces mécanismes biopolitiques permettent à l'individu d'infléchir certaines dispositions de son corps pour lui permettre de fonctionner. S'ils échouent à supporter l'individu dans le saut qu'il doit faire pour atteindre un certain seuil d'autonomie lui permettant de fonctionner, l'individu s'expose à une forme d'épuisement moral alors que ces efforts d'intégration ne rencontrent aucune reconnaissance de la part de son entourage et qu'ils provoquent parfois même une vigilance accrue de la part de l'employeur. La souffrance qui en résulte a des impacts importants pour la suite des choses.

Le contexte coercitif du travail apparait alors dans les jugements dont est l'objet l'employé improductif et désorganisé. Le problème est le même que dans le contexte scolaire, le T.D.A.H. se trouve à devoir produire un surcroît de travail pour arriver à soutenir le rythme de la majorité, le trouble produit par l'individu pour le climat social est le révélateur de son incapacité à soutenir le rythme. « Mais au fond, je vis énormément de stress, je me cherche à longueur de journée et je dois mettre les bouchées doubles sans arrêt pour arriver aux mêmes performances de base que les autres » [sic] (idem). Ce régime de surtravail entraîne du stress qui mine les ressources des individus jusqu'à ce que deux options soient possibles pour échapper à la souffrance qu'engendre le stress, soit qu'il sorte du monde du travail ou qu'il arrive à maintenir son effort de participation grâce à la pharmacopée ou d'autres stratégies qui lui permettent d'échapper à son trouble. Le sujet T.D.A.H va devoir entretenir ce positionnement stratégique dans sa participation aux mondes partagés qui construit sa

subjectivité en laissant peu de place à l'autonomie puisqu'il est déterminé par les attentes des autres. En fait, l'individu T.D.A.H. doit convaincre qu'il échappe à lui-même pour mériter la reconnaissance des autres dans l'édification des mondes partagés. L'incapacité à vivre des réussites dans ce qu'ils entreprennent laisse ces individus impuissants dans leur contexte. « Ce n'est pas facile de concilier vie de travail et TDAH surtout quand on le comprend peu soi-même. Même la vie de tous les jours ne se gère pas toujours très bien » [sic] (A9 : 342, 11 : 49). L'incompréhension qui les afflige et les empêche de participer aux mondes partagés est ainsi synonyme de souffrance : « Je suis abandonné de tous, je ne trouve pas de travail, je suis en échec scolaire et sans diplôme... Je rumine, mais si ça continue je vais commencer à creuser un trou... » [sic] (idem). C'est à ce moment que la médication devient justifiée pour les acteurs du dispositif.

La pharmacopée est présentée dans le contexte de ces groupes comme un moyen d'échapper à la précarité et d'alléger le travail. « Stabilité, structure, médication. La base d'un TDAH qui passe de hyperactif à hyper productif, d'une personne fonctionnant difficilement dans les tâches même basic du quotidien, passant à quelqu'un de structuré, articulé et confiant » [sic] (A9 : 343, 7 : 55). La désorganisation des capacités exécutives de quelqu'un qui souffre du trouble est ainsi combattue par les régimes de vie appropriés. Les témoignages sont sans équivoque quant aux qualités de la médication en cette matière. « Dans notre cas, on a été chanceux, la médication a fait à merveille. Une nouvelle vie nous a été offerte... » [sic] (A9 : 344, 8:35). Les témoignages de l'effet positif de la médication sont aussi très nombreux, ces derniers faisant l'éloge de la médication sur la capacité à soutenir le travail parental et le suivant pour l'adulte qui doit participer aux mondes partagés.

Être diagnostiqué TDAH à 27 ans a changé ma vie... Après maintenant 6 mois avec une médication quotidienne, je suis en mesure de constater à quel point la vie est belle et simple lorsque nous avons les idées claires et que chacune d'elle est en ordre à sa place [sic] (A9 : 345, n.d.).

L'organisation que requièrent ces deux types de travail, familial et économique, est trop souvent déficiente et c'est ce qui place les individus dans une situation où leurs conditions réelles d'existence doivent être dépassées pour arriver à soutenir le rythme attendu. La

parentalité est un travail invisible qui assure la préparation des enfants à l'intégration sociale. Un échec en ce sens s'accompagne souvent d'une position sociale précaire liée à la désorganisation de la vie familiale qui est souvent marquée par des revendications pour l'accès aux moyens permettant d'infléchir sa propre vie. Comme le souligne cette mère, les parents des enfants différents sentent cette pression qui accompagne leur travail parental.

Si la société n'était pas autant axée sur la performance et l'uniformisation nous pourrions peut-être arriver à de bons résultats avec des méthodes plus douces... Mais voilà ça prend du temps et ça coûte beaucoup... Temps et argents que la société ne nous accordera jamais... [sic] (A9 : 345, 4 : 07).

La pression du marché du travail est donc au cœur des difficultés qu'entraîne la différence de ces enfants.

L'identification et la consolidation d'une sodalité virtuelle.

Le contexte de ces mères éprouvées par leur situation particulière nous permet d'avoir une idée du lot quotidien de ces familles qui vivent ces situations d'exception. L'isolement créé par l'opposition et l'impulsivité dont peuvent faire preuve ces enfants expose ces femmes au risque permanent de devoir affronter l'opprobre généré par le trouble social qu'entraîne leur enfant différent. Ces enfants comme leurs parents expérimentent une forme de marginalisation qui explique leur positionnement dans l'ordre du discours et qui n'offre que peu d'alternatives pour penser une forme d'agentivité pour ces mères. C'est pour cette raison que l'apparition de ces contextes d'énonciation virtuels joue un rôle fondamental pour permettre de penser ces parents comme une *minorité agissante* (Angenot, 2014 : 231) dans l'ordre biopolitique essentielle à l'inscription de l'acronyme T.D.A.H. dans la *doxa* québécoise. Ce contexte virtuel et semi-privé permet à leur parole d'échapper à la situation d'impuissance provoquée par les reproches et préjugés qui fragilisent leur position dans l'espace public.

Nous qualifions la portée politique de ces groupes grâce au concept de *sodalité* d'Angenot (2014). Le concept découle directement de l'expression latine *sodalitas* dont la définition

varie entre groupe d'amis, camaraderie, confrérie et association. Angenot l'emprunte à Maxime Rodinso et tente de traduire la forme particulière de solidarité d'un « groupe à base de persuasion » qui rend évident le sens relatif et particulariste à ce qui est raisonnable pour un groupe. Ainsi, l'auteur écrit :

Lesdites communautés une fois formées procurent à leurs adhérents le *confort de la connivence*, un répertoire de convictions qui y sont admises avant même d'être énoncées, une légitimation complice de manières de s'entendre à demi-mot. (...) [Elles] épargnent à leurs membres des objections qui ne pourraient venir que « de l'extérieur » et que le groupe s'arrange pour cesser d'écouter, pour lesquelles il se trouve collectivement de bonnes raisons de se boucher les oreilles. (Angenot, 2014 : 230)

Ce concept traduit le fait que ces groupes sont les produits du regroupement que notre analyse entraîne dans la sélection de son corpus. Ainsi, nous sommes d'avis qu'il serait exagéré de parler de solidarité entre ces acteurs, nous préférons réserver ce terme à des relations intersubjectives qui s'appuient sur une relation entre les sujets. Il faut cependant conserver l'idée de cohésion entre les énonciatrices qui se prolonge dans une forme de militantisme propre à fermer leur espace de coexistence et formuler des revendications. L'exclusion qui est souvent le lot de ces mères participe à donner à ces groupes d'entraide un sens particulier alors que la *sodalité* dont ils font preuve arrive à permettre la création de contextes d'énonciation qui leur sont favorables.

Le phénomène d'identification à l'intérieur de l'espace de ces cinq publications idéales-typiques est manifeste dans les commentaires qui suivent. « C'est avec la larme à l'œil que j'ai partager sur ma page tellement je me suis sentit comprise!!!! » [sic] (A9 : 346, 1 : 18). « Je pleure en lisant ce joli texte. Et ai tellement l'impression de me retrouver dedans, avec toutes les mauvaises critiques de mon entourage. Merci pour ce soutien » [sic] (A9 : 346, n.d.). « Oui merci jme retrouve tellement au travers ce magnifique texte... » [sic] (A9 : 346, 8 : 25). On peut ici déceler une forme de rituel, alors que les témoignages commencent la plupart du temps par un « c'est tellement ça », « je m'y retrouve » ou « c'est vraiment ce qu'on vit ». L'identification à une réalité partagée est ce qui fonde une identité énonciative entre les locuteurs. « Toi qui a écrit ce texte, tu m'as touché droit au cœur!! Jen ai les larmes aux yeux. Je sais bien que je ne suis pas seule dans cette situation mais ça me permet de voir

que d'autres vivent aussi tout ces défis [sic] » (A9 : 346, 9 : 53). Le fait de savoir que son expérience est partagée produit des effets importants pour la consolidation de ces espaces de parole, mais aussi pour fonder une position d'énonciation qui est légitime. Leur expérience partagée devient le fondement d'un discours sur le T.D.A.H. qui va devenir, petit à petit, un mécanisme de légitimation du dispositif biopolitique.

Ce phénomène d'identification se fait aussi autour de certaines analogies où la description du rôle de la mère passe par des images qui favorisent une connivence et une communion entre ces femmes. On parle de « mère courage », de costume d'« Iron man » protégeant des jugements d'autrui et de « supermaman » pour montrer l'importance de l'épreuve que représente le fait d'être ainsi jugée. « C'est ma vie aussi, je me suis tellement vu dans ce cri du cœur... Nous sommes ces meres-courage » [sic] (A9 : 346, 10 : 33). Ces superlatifs marquent l'éloignement de ces mères vis-à-vis la réalité sociale « normale ». Comme l'écrit l'auteure d'une des cinq publications étudiées, « Elles ont continué d'aimer leur enfant de toute leur âme, comme vous. La différence c'est qu'elles ont dû ouvrir la porte d'un monde parallèle et franchir le seuil que tous ne doivent pas franchir » [sic] (A9 : 347, n.d.).

Ce monde parallèle elles y sont contraintes par les jugements à leur endroit. Comme le dit une mère lors de son témoignage : « Je suis soulagee d avoir enfin trouve un endroit ou les gens ne vous regarde pas avec des?????. Moi aussi j ai droit au préjugé de l enfant roi, du manque d autorité ou du tu veux tout gerer a sa place, mais loin de tout cela [sic] » (A9 : 347, 9 : 28). Le rejet qui vient avec la différence de l'enfant est la base d'un rapport entre les membres de ces groupes, un *nous* qui se construit dans une relation à un extérieur hostile. « On est comme la peste..on nous rejette c'est vrai... » [sic] (A9 : 347, 1 : 20). Un autre témoignage d'un père place bien les enjeux politiques de la reconnaissance de la différence de leur enfant : « ... très beau texte et complet et qui décrit bien notre combat de tout les jours dans cette société de normalité et de normalisation!!! » [sic] (A9 : 347, 9 : 43). On saisit bien à partir de ce petit échantillon de commentaire que la condition de consolidation de la sodalité de ces groupes est le manque de contexte social dans lequel s'inscrire.

La position dans un *monde parallèle* de ces parents n'est pas seulement due à un rapport difficile avec la société, mais aussi à leurs différents milieux de vie. « Mais par-dessus tout, ce sont les remarques des proches qui blessent le plus » [sic] (A9 : 348, 3 : 54). Quand ces remarques ne viennent pas de la famille ou des amis, elles viennent de l'autre parent. « Le papa n'est pas en accord avec le diagnostique, ont est séparé depuis 2009, et même aujourd'hui mon fils il est médicamenté, il trouve toujours qqe chose à me contredire suite à cette décision » [sic] (A9 : 362, 4 : 45). Cette tension entre le parent soignant et le monde qui l'entoure fonde un dehors constitutif de l'expérience commune et partagée qui va déterminer les conditions de coexistence dans l'espace de ces groupes. C'est-à-dire que cet espace virtuel devra être pacifié et libre de tous jugements. C'est ce qui va libérer la parole de ces individus. C'est ce qui va déterminer l'espace de ces énonciations à l'intérieur duquel la *sodalité* de ces individus va permettre de faire taire les critiques et d'offrir un contexte qui ne donne pas de prise à la culpabilisation. Une mère résume bien l'ambiance de ces sites : « Il faut donc apprendre à choisir des amis, ses contacts et les gens avec qui nous parlons : c'est une question d'estime de soi et de "survie" » [sic] (A9 : 342, 4 : 45). La cohésion de ces nombreux témoignages s'appuie en premier lieu sur l'hostilité partagée que ressentent les parents vis-à-vis du monde extérieur. Il s'agit du premier facteur qui assure de créer un contexte d'énonciation sûr permettant la prise de parole.

Certains phénomènes de lutte interne permettent aussi de mobiliser les participants de manière à rendre manifeste leur *sodalité*. Certaines publications remettent en question l'utilisation de la médication et, ce faisant, c'est toute l'épreuve de la différence qu'ils attaquent. La plupart en appellent à un sursaut de l'autorité parentale qui serait, selon eux, en train de disparaître.

La question : que faisait nos arrières grand parent avec leur enfant atteint d » hyper activité et/ou manque de respect? (...)Nanon, la génération d'aujourd'hui emprunte la voie facile, pilules et colis de cochonnerie juste pour compenser sur le manque :
d'activité
de sport
d'autorité
d'attention
de plaisir [sic] (A9 : 348, 2 : 06)

La tendance à condamner ces parents pour leur incompétence, qui serait confirmée par l'utilisation de la médication, est la trace d'une pression sociale associée aux attentes envers leur travail parental.

Des commentaires de ce type sont aussi repris par des figures politiques, le premier ministre Jean Charest avait affirmé que le décrochage scolaire était dû au fait que les « ... parents ne jouent pas assez leur rôle auprès de leurs enfants » (*La Presse*, 10 novembre 2010). Des critiques portent aussi sur l'idée que ces groupes de parents sont à la solde des compagnies pharmaceutiques. Des auteurs comme St-Onge (2013, 2015) vont alimenter ce genre de position dans l'espace public. C'est vrai aussi de chroniqueurs dans les journaux, citons notamment Josée Blanchette qui va publier des billets dans *Le Devoir* qui empruntent une ligne argumentative sceptique vis-à-vis la médication.

Même la timidité se soigne. Et le cas des enfants — cette nouvelle clientèle docile — est assez troublant pour ne pas faire frémir tous les parents. Les enseignants travaillent désormais main dans la main avec l'industrie pour dépister les cas de TDAH dans leurs rangs : 2,9 millions d'ordonnances pour cette maladie inespérée en 2009 au Canada, une augmentation de 55 % en quatre ans. (Josée Blanchette, *Le Devoir*, 26 avril 2013 : B10)

À l'intérieur de ces groupes virtuels, ce genre de positions sont aussi énoncées malgré une forte tendance au conformisme et une lutte contre les positions qui fragilisent l'expression de la parentalité T.D.A.H. Dans une des cinq publications dont nous avons traité plus tôt, un homme qui semble être un psychologue français va jeter quelques pavés dans la mare. « Merci pour les labos qui vont pouvoir donner leurs médocs au delà de 18 ans, et peut-être même toute la vie. Ceci dit, je sais pas mais je sens leur présence derrière ce clip. » [sic] (A9 : 348, 9 : 59). Ce genre de position va être l'objet d'une lutte entre les participants de ces groupes et ces « énoncés critiques » vont être vigoureusement combattus par les membres. Les arguments s'appuyant sur l'expérience concrète des parents, sur leur souffrance et leur réussite, vont venir à bout de ces commentateurs qui ne trouveront aucune résonance dans un univers discursif rendu largement homogène à cause de la réalité partagée par les participants. L'argumentaire « critique » apparaît immédiatement

comme théorique devant la réalité relatée par les participants, la critique n'arrive pas à s'inscrire dans une forme dialogique qui sous-entendrait un échange d'idées entre les parents pour et contre la médication.

Je ne cherche pas à comprendre comment le système marche, ce qui m'intéresse c'est ce qui se passe chez nous tu comprends? J'ai un enfant qui jusqu'à ce qu'il prenne du vyvanse me faisait des crises de nerfs à tous les jours, aucune concentration (...). Maintenant il pète de scores à l'école, ne vit plus d'échec, il est devenu extraverti et contrôle ses émotions. [sic] (A9 : 348, 2 : 10)

Quand des témoignages énoncent clairement le problème social que constitue l'utilisation importante de la médication, le plus souvent ils ne remettent pas en question le choix des autres participants. La question est traitée comme étant en parallèle aux problèmes quotidiens des parents qui témoignent. Ces témoignages ne portent pas l'intention d'influencer le discours et sa grammaire pour arriver à formuler une critique sociale, ces groupes n'offrent pas ce contexte. Leur discours dans le dispositif biopolitique opère à travers ce qu'Angenot nomme une « discordance » où « (...) les points de vue et les convictions des agents sont peu aptes à faire comprendre le cours des grands événements et même le "rôle objectif", faste ou néfaste, des agents... » (Angenot, 2014: 227). Il est vrai que certains énoncés portent sur les problèmes sociaux que représente la médication. « Nous vivons dans une société où les solutions passent trop souvent par la médication » [sic] (A9 : 350, 9 : 22). La remise en question de cette dernière n'est jamais qu'un épiphénomène dans cet environnement virtuel.

Cette ouverture est impossible et le problème n'est pas envisagé par les parents comme un problème social, mais comme un problème d'ordre privé. Remettre en cause l'utilisation de la médication équivaut à la remise en question d'un choix personnel aux conséquences existentielles, cela vient éliminer la seule porte de sortie de la souffrance de leur enfant et de leur surtravail. « C'est votre choix de donner ou non! Mais de mon côté je suis absolument contre de donner des pilules à mes enfants » [sic] (A9 : 350, 2 : 45). Les critiques de la médication arrivent ainsi à préserver un espace pour les parents qui font le choix de médicamenter leur enfant en évitant une confrontation des idées à cause du respect de « ce

choix personnel », sinon ils sont confinés au rôle de ceux qui jugent sans savoir par les parents qui vivent l'expérience quotidienne de la parentalité T.D.A.H..

Ces témoignages comptent sur un phénomène d'identification qui mobilise les parents et tous les autres participants à ces groupes, ce travail discursif fait de leur expérience une pratique signifiante permettant de construire les frontières d'une identité collective. C'est ce travail incessant pour assurer l'existence de cette identité qui devient politique parce qu'il s'ajoute au discours de la science, du médecin, du professeur, de l'orthopédagogue et qu'il vient ajouter une nouvelle facette au discours biopolitique sur la différence. C'est dans l'articulation de leur position à travers les structures de sens existantes qu'ils s'ajoutent à l'ordre du discours biopolitique.

L'action cléricale des acteurs du dispositif dans les groupes de parents

Il est intéressant de noter qu'en plus de la reconnaissance mutuelle de ces parents, des professionnels ajoutent de manière ponctuelle une participation aux discussions en ligne dans ces groupes. Ils participent eux aussi à consolider l'identité T.D.A.H. de ces individus en reconnaissant leurs particularités et en se plaçant « de leur côté » dans cette lutte pour la reconnaissance.

Je partage totalement votre propos et même votre détresse vis-à-vis la situation des enfants et la réaction des médias et d'une partie de la population. Je suis pédopsychiatre et je suis désolée de constater année après année la discrimination des enfants qui souffrent de ce problème complexe appelé sommairement Hyperactivité. [sic] (A9 : 350, 10 : 37)

Cet échange établit un lien de sodalité entre la professionnelle et les parents dans leur lutte contre le discours médiatique infamant. En effet, entre les années 2000 et 2015, chaque article de journal ou chaque publication portant sur le T.D.A.H. stimulait des réflexions autour de la réalité avérée ou non du trouble et de la responsabilité corollaire des parents. La reconnaissance de la complexité du problème par cette pédopsychiatre est aussi la reconnaissance que le travail parental de ces individus n'est pas un échec par incompetence. Il s'agit d'un élément important qui permet de réhabiliter le parent dans sa

fonction en le déresponsabilisant des problèmes de son enfant. L'expertise sert ici à confirmer le caractère difficile de la parentalité de l'enfant différent.

La participation de professionnels à ces échanges vient à la fois confirmer et légitimer la position des parents. Cette position est la plus vulnérable alors que le parent doit administrer de la médication à son enfant, cela peut paraître être le constat de l'échec de sa parentalité. Un médecin écrit :

Comme médecin je vous conseille de continuer le médicament le week end. Le trouble biochimique dont souffre votre enfant au niveau du fonctionnement cérébral est permanent, et donc il n'y a pas de raison d'arrêter le traitement le week-end. S'il était diabétique vous ne culpabiliseriez pas et donneriez le traitement non stop [sic] (A9 : 351, 8 : 10).

Le problème de fonctionnement cérébral vient lui aussi expliquer les problèmes relatifs au comportement de l'enfant. Ce faisant, le médecin valide la réalité du trouble et participe à la légitimation de l'action pharmacologique. La culpabilité ou le tabou de « droguer » son enfant est un élément fondamental qui doit permettre à ces parents de sortir de leur marginalisation.

La participation de pédopsychiatre et de médecin n'est pas une pratique très répandue dans les médias sociaux, mais la participation des professionnels du réseau de l'éducation dans les délibérations virtuelles est monnaie courante. Les traces laissées par ces professionnels jouent aussi un rôle afin de contextualiser l'existence du trouble. Une enseignante y va du commentaire suivant :

Le TDAH est une réalité de nos jours et (j'ai aussi travailler au secondaire) plus il est pris tôt plus votre enfant aura confiance en lui rendu au secondaire, le temps le plus difficile socialement pour les enfants! Je vous souhaite bonne chance, et surtout n'oubliez pas que de plus en plus d'enfants (peut être trop, mais c'est une autre histoire) sont diagnostiquer à chaque jours mais il y a aussi des techniques qui sont pauffer, des médicaments et des outils pédagogique ou thérapeutique qui s'améliore de jours en jours! [sic] (A9 : 350, 6 : 56).

En s'appuyant sur l'amélioration continue de la pratique pédagogique et de soin, ce témoignage montre le caractère performatif du dispositif de soin dont elle fait partie, de sa capacité d'apprentissage et de réflexivité. Le T.D.A.H. est présenté dans ce contexte comme l'aboutissement d'une pratique de soin qui s'est améliorée à travers le temps. Il ne s'agirait donc pas d'un faux diagnostic comme certains le prétendent, mais bien d'un diagnostic qui se trouve à la fine pointe de l'intervention pédagogique différenciée. Cela vient fonder la possibilité d'expliquer la croissance importante des cas de T.D.A.H. sur une base positive.

Par ailleurs, les enseignants qui témoignent dans les groupes virtuels étudiés se montrent conscients de la pression systémique qui pousse vers le diagnostic. La question de savoir s'il y a trop de cas reste ouverte dans le témoignage précédent, mais aussi dans celui-ci :

Je reprends, il faut avoir enseigné pour comprendre la réalité de ces enfants et des parents. Il y a une telle différence lorsque l'enfant devient médicamenté lorsqu'il en a besoin. Il est capable de se concentrer et réussir, il devient sociable et est capable de se faire des amis... Là où je me pose des questions, pourquoi y a-t-il autant de cas au Québec? Ce n'est pas normal qu'il y en ait tant et de plus en plus.
[sic] (A9 : 351, 9 : 22)

Il semble que le travail discursif qui s'est produit au cours de la consolidation du dispositif de diagnostic ait permis de développer une vision complexe de la réalité de l'intervention chez certains enseignants, c'est-à-dire à la fois un processus de diagnostic plus sérieux, mais aussi l'impression d'une croissance peut-être trop importante du nombre de cas. Le souci de voir les diagnostics exploser au Québec n'empêche pas la dernière enseignante citée d'avoir une vision positive de l'utilisation de la médication. Dans ce paradoxe, les enseignants défendent tout de même à la fois le diagnostic et la médication et en cela, ils jouent un rôle important pour stabiliser l'identité T.D.A.H. de ces parents.

Les professionnels de l'éducation se montrent passablement unanimes dans leurs constats des moyens dont ils disposent pour arriver à cette fin.

Je voudrais encore préciser ceci. Je suis la maman d'une jeune fille de 11 ans qui a un tda et je suis prof dans le secondaire. Je ne jette pas la pierre aux enseignants qui comme moi font ce qu'ils peuvent avec les

moyens qu'on leur donne. De plus, nous n'avons pas été formés au tda ou autres dys. Nous apprenons chaque jour sur le terrain. Nous faisons malheureusement des erreurs et essayons de les corriger en espérant devenir un BON prof. Ce n'est pas parce que nous avons notre diplôme en poche que nous sommes des profs. Il faut une carrière entière pour le devenir. Mais je peux vous assurer que moi et mes collègues, nous faisons de notre mieux, nous partageons nos expériences et enseignons avec tout notre Cœur [sic]. (A9 : 352, 1 : 59)

Ce témoignage sur le manque de moyens à la disposition des enseignants dans leurs interventions est largement partagé chez les professionnels qui s'expriment. Les témoignages étudiés corroborent en ce sens les constats d'autres chercheurs en éducation qui ont eux aussi procédé à des entrevues avec différents professionnels du milieu scolaire. (Tardif, 2013; Tardif et Levasseur, 2010; Lessard et Tardif, 2003) Dans notre contexte, l'idée de vocation qui permet de « devenir » un bon prof est le moyen par lequel cette enseignante s'inscrit dans le contexte de ces groupes et arrive à se défaire d'un préjugé qu'ont plusieurs parents qui les accusent régulièrement de faire preuve d'indifférence envers les problèmes de leur enfant et parfois même de les aggraver. Le statut exceptionnel du travail que requièrent ces enfants permet de réunir les deux interlocuteurs, l'enseignante et la mère dédifiée. Comme le note cette mère, le statut singulier de l'enfant différent se renforce par le caractère vocationnel de ceux qui s'en occupent.

Moi je me suis battue et je me battrai encore car mon fils n'a que 6 ans, mais je l'ai mis dans un enseignement spécialisé où il est enfin considéré à sa juste valeur et aidé par de vrais professionnels qui n'ont pas un travail, mais une réelle vocation d'aider l'enfant à progresser à son rythme. [sic] (A9 : 352, 3 : 23)

Cette idée de vocation est renforcée par l'interprétation que certains enseignants font de leur intervention. Comme le dit un prof :

Ce que les parents ne comprennent pas parfois (je suis prof) c'est que les conséquences secondaires DE NE PAS PRENDRE DE RITALIN pour un enfant TDHA en bas âge sont pires et effrayantes. Bravo. Ps. Aujourd'hui retraité ces élèves ont souvent été mes coups de cœur dans une classe, parce que ce sont des enfants authentiques. [sic] (A9 : 355, 9 : 24)

Le statut particulier des enfants différents fait en sorte de faire de leur intervention auprès de ceux-ci, un acte singulier au caractère exceptionnel. Le post-scriptum de ce professeur insiste sur ce statut des enfants T.D.A.H. et sur les interventions à leur endroit. Il reprend ici des thèmes qui sont articulés à l'intérieur du schéma narratif qui accompagne la consolidation du dispositif de diagnostic, à savoir le fait que ces enfants ne soient pas moins intelligents, mais qu'ils aient une manière d'apprendre qui soit différente et qu'ils aient des modes d'interaction qui ne correspondent pas à la norme. Ces élèves « coup de cœur » sont l'occasion pour le professeur de faire l'expérience d'une certaine authenticité. Cette dernière est l'indication de la nature relationnelle et éthique de la rencontre avec la différence. Le professeur qui peut sortir de la lourdeur de la tâche quotidienne pour vivre cette relation privilégiée avec ces enfants qui, à cause de leur singularité, lui permet de reposer les termes d'une relation pédagogique à l'extérieur des cadres formels et généraux qui rendent son travail monotone. En ce sens, leurs témoignages portent une critique des politiques de l'État québécois qui manquent d'humanité alors que le « new public management » est de plus en plus le contexte de la dynamique instrumentale qui prévaut dans le réseau (Tardif, 2013).

Les difficultés liées à l'intégration des enfants différents alourdissent la tâche du professeur qui n'a que deux positions possibles. D'abord, traiter la tâche d'enseignant à partir d'une vision aliénée de l'école comme machine de reproduction et de dressage des enfants. Le témoignage d'un psychoéducateur est éloquent sur le type de réactions que cela peut engendrer.

Une contrainte que je vis, c'est le niveau de dépassement des profs et ils vont coter. Ils veulent que l'élève sorte de là. On a souvent des données faussées parce qu'il y a un ras-le-bol général. Des fois, c'est un enseignant qui veut qu'on pousse vers la médication donc il sait très bien comment coter le Connors pour ça (Bégin et coll., 2018 : 74).

L'autre alternative étant de se réfugier dans la posture de héros, dans un engagement total, voire vocationnel, envers les enfants en difficulté.

En somme, la participation de médecins, de pharmaciens, d'enseignantes et d'éducatrices spécialisées à ces forums de discussion nous permet d'apprécier leur contribution dans la construction d'un contexte d'énonciation pour les parents qui participent à ces échanges. L'utilité de la médication, la complexité du trouble et le caractère exceptionnel de l'enfant T.D.A.H. sont trois axes qui arrivent à déculpabiliser les parents qui voient dans les problèmes de leurs enfants le constat de leur échec et qui trouvent dans ces intervenants extérieurs une validation de leur expérience.

Ces groupes de parents servent aussi à relayer la réalité du T.D.A.H vers les acteurs du réseau. Comme le souligne une enseignante, « Il est à noter que j'ai remis cette lettre au membre du personnel et à la direction de l'école. La direction l'a très bien accueilli » [sic] (A9 : 352, 8 : 46). Dans l'ensemble des publications étudiées, ce type de témoignages est régulier, il montre bien que des échanges ont lieu. Il faut donc ajouter ce genre de phénomènes de communication à ceux plus formels qui prennent naissance par l'initiative du ministère ou des directions d'écoles directement.

Se saisir de l'arme des puissants : transmission et déperdition du discours scientifique

Comme nous l'avons souligné plus haut, la position de parent d'enfant T.D.A.H. est précaire et la nécessité de recréer un contexte d'énonciation où leur réalité serait comprise et acceptée est réelle. Il s'agit ni plus ni moins que d'un contexte immunisé pour reprendre la métaphore de Sloterdijk (2013), soit un espace pacifié qui forge une identité de groupe. La première façon dont cette pacification va opérer c'est en se réappropriant le discours scientifique et en réarticulant l'hypothèse neurobiologique de manière à légitimer l'existence du trouble. C'est ainsi que l'utilisation de la médication peut devenir légitime et éviter qu'elle ne soit pas remise en question. Les paysages virtuels comptent de nombreuses images qui montrent un cerveau ou qui tentent d'illustrer le fonctionnement des neuro-transmetteurs. Des images comme celle présentée ci-dessous font partie du paysage de ces sites.

Figure 39 : Les mots de Facebook – Voir le trouble de fonctionnement du cerveau



Source : TDAH, Facebook, 2014

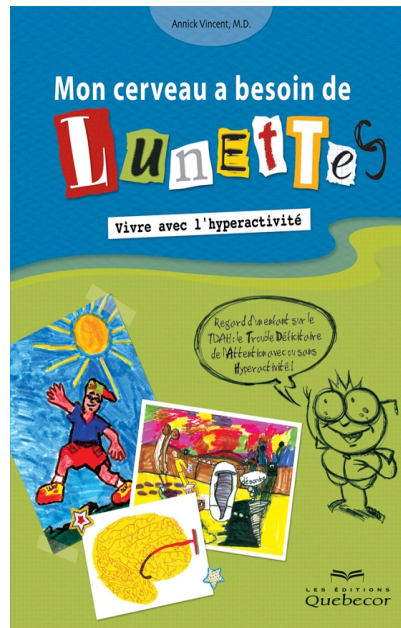
L'explication des symptômes du trouble comme un problème de fonctionnement des fonctions neurobiologiques marque un virage dans le mode de production discursive qui permet le déploiement d'un univers de sens fondamentalement différent. La politique de la signification, en plus de s'appuyer sur un large dispositif de soin que nous avons décrit dans les chapitres précédents, trouve un point d'appui concret grâce à ces parents. Ce savoir de première main devient central dans la défense de l'existence du trouble particulièrement lorsqu'il sera remis en question, soit par des professionnels du milieu de la santé, soit par des journalistes, soit par de simples profanes. Il s'agit évidemment d'une transmission qui s'opère à travers une déperdition importante des énoncés de la science qui affecte

évidemment ses prétentions à la validité, mais qui auront des vertus politiques pour ces parents.

Un ouvrage largement connu, publicisé à la fois sur les sites communautaires (Panda) et à la fois dans les différents forums virtuels, a permis de formuler une analogie simple permettant une reprise facile et efficace de l'hypothèse scientifique dans le langage populaire. L'ouvrage en question est celui de la Dre Annick Vincent qui est une spécialiste du TDAH et il a pour titre *Mon cerveau a besoin de lunettes*.⁹⁵ La narration est effectuée par un enfant qui se présente afin de démystifier le trouble de déficit d'attention dont il est victime. Le livre est destiné à la fois aux enfants victimes du trouble, aux parents et aux intervenants afin de les familiariser avec le TDAH. Ce qui nous intéresse cependant n'est pas tellement le contenu du livre, mais la manière dont l'analogie du titre est récupérée et utilisée dans un contexte social souvent réprobateur envers ceux qui en souffrent et ceux qui les entourent.

⁹⁵ Le livre a été publié à l'été 2007, il est suivi par la publication en 2010 de *Mon cerveau a encore besoin de lunettes*, un livre portant sur la persistance des troubles d'attention chez les adultes. La notoriété du Dre Vincent et sa grande présence dans les médias québécois a certainement contribué à faire de ces livres des incontournables dans le paysage discursif entourant le T.D.A.H. Une recherche sur le moteur de recherche EUREKA permet de constater plus de 150 occurrences du titre dans les médias écrits francophones au Canada entre 2011 et 2015.

Figure 40 : Les mots de la littérature – La myopie du cerveau



L'analogie entre la médication et la paire de lunettes réduit le trouble à un simple problème fonctionnel dans nombreux énoncés du corpus. Comme l'affirme une mère qui participe à une discussion virtuelle, « ... ce n'est que par miracle que lors d'une conférence sur l'hyperactivité que j'ai compris ce qui se passait. Son cerveau avait besoin de lunettes... » (A9 : 354, 11 : 02). Localiser le trouble dans le cerveau et expliquer ces effets grâce aux mécanismes chimiques par lesquels on l'observe permet de lui donner une réalité concrète, cela permet de fonder un argumentaire basé sur l'empirie et d'esquiver toutes critiques constructivistes, c'est-à-dire toutes les critiques qui tendent à montrer que les critères du diagnostic reposent sur des construits sociaux qui viendraient interférer dans l'examen clinique de manière à invalider les conclusions auxquelles il arrive. En arrivant à donner une explication physiologique aux symptômes de leur enfant, il devient possible de reconstituer un schéma narratif dans lequel s'inscrit à la fois leur parentalité, mais aussi les actions de ces enfants. Par exemple :

Wow j'ai adoré vos commentaires de parents, je sais que plusieurs ont peur de la médication, mais je crois qu'il faut comprendre que le cerveau est un organe humain comme le cœur ou le pancréas et que lui aussi peut avoir besoin d'un petit coup de pouce pour faire son travail [sic] (A9 : 356, 9 : 04).

Expliquant le comportement en s'appuyant sur ce détournement du discours scientifique, les parents arrivent à fournir un contexte qui donne un sens différent aux comportements de leur enfant. Le trouble et la souffrance qui en résultent trouvent une signification qui se compare à une maladie qui affligerait le corps et un de ses organes.

Allons plus loin dans l'analyse de cette analogie puisqu'elle ne permet pas simplement de localiser le trouble et de lui donner une légitimité *de facto*, elle permet aux membres de ces communautés de gagner en consistance puisque la source de leur malheur n'est pas de leur ressort. La référence aux lunettes ajoute à ce phénomène de « déculpabilisation ». Si la source du trouble est maintenant localisée, le moyen de le combattre est lui aussi très concret. La comparaison entre les lunettes et la médication place cette dernière dans un univers sémantique où il est possible de l'envisager comme un mécanisme permettant de faire le focus pour un organe qui n'arrive pas à le faire lui-même. Le dilemme qu'expérimentent les parents lorsqu'ils doivent décider de donner ou non la médication à leur enfant enferme les groupes qu'ils recomposent dans l'espace virtuel dans un mutisme s'apparentant à de l'autodéfense. Il faut taire la possibilité que la médication puisse être nuisible ou dangereuse pour son enfant. Une paire de lunettes peut donc offrir une analogie rassurante qui va permettre de sortir du sentiment de culpabilité que partagent ces parents.

La remise en question de la pertinence d'utiliser la médication à cause de ses effets nocifs est un tabou qui assure un univers discursif paisible pour ces parents. Pour pacifier leurs échanges, il faut taire les informations qui alourdissent les choix qui se présentent aux mères quand vient le temps de médicamenter leur enfant. Les « attaques » provenant de « l'extérieur » de ces groupes portent régulièrement sur la médication.⁹⁶ Cette euphémisation de la médication est un mécanisme stratégique permettant d'éviter de

⁹⁶ À titre d'exemple, la publication par Jean-Claude St-Onge en 2015 d'un ouvrage sur le T.D.A.H. entraîne une couverture médiatique où se manifeste cette lutte pour la vérité entre l'intérieur et l'extérieur de ce groupe. Le chose se présente ainsi dans un article du Devoir: « Dans son dernier brûlot, TDAH ? Pour en finir avec le dopage des enfants, le philosophe et auteur Jean-Claude St-Onge dénonce l'explosion des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) observée en Amérique et décrie le traitement des enfants à grands coups de psychostimulants. Véritable maladie ou exagération des pharmaceutiques ? La controverse se poursuit » (21 septembre 2015 : b3).

devoir débattre de l'innocuité de la médication. Cette fois-ci, la stratégie utilisée est plus près de l'homologie avec des médicaments connus et acceptés. Un parent affirme ainsi :

(...) j'ai beaucoup de mal à comprendre pourquoi certaines personnes sont si rébarbatives à la médication. Le seraient-elles si leur enfant étaient diabétique? Refuseraient-elles l'insuline? Il s'agit d'un trouble neurologique qui cause, comme le texte en témoigne si bien, bien des dégâts... [sic] (A9 : 355, 6 : 29).

La comparaison avec l'insuline place la médication par les psychostimulants sur le même pied d'égalité avec un médicament indispensable qui permet à de nombreuses personnes diabétiques de bénéficier de conditions de vie pratiquement normales. La médication est souvent défendue en étant comparée à d'autres médicaments pour d'autres pathologies, le fait vécu donne au témoignage sa couleur.

Faut pas se leurer : quand on fait du diabète, de l'hypertension que l'on soffre de problèmes cardiaques, de coagulation sanguine, etc..., ben on prends dkoi pour ça!!!!Ce qui spasse dans le cerveau, les dérèglements qui causent souvent des dérapages, heille wake up c pas de la faute de ceux et celles qui le vive leur système est fait comme ça thats it!! (A9 : 363, 1 : 54).

Il est intéressant de constater que l'espace discursif de ces groupes relève d'un positionnement stratégique de la part de ses membres qui cherchent à convaincre.

J'avoue ne pas connaître à fond ce problème, mais ce texte me fait découvrir beaucoup de choses. On se soigne bien à vie pour des allergies; des cancers; de l'hypertension, etc.. etc.. [sic] (A9 : 356, 11 : 48).

La banalisation opérée dans la manière d'envisager la médication permet de s'insérer dans la communauté de discussion qui repose sur ce silence qui fonde la solidarité des participants.

Il faut bien comprendre que l'unité discursive de ces sites profite d'effets de synchronicité toujours limités et où des digressions sont possibles. Ici ce genre d'écart se manifeste par des discussions autour de la médication. Par exemple, le site Famille TDAH partage un article ayant pour titre « TDAH : les médicaments aident-ils ou nuisent-ils aux enfants? ». Ce

genre de publication est possible seulement dans le cadre de l'intimité bienveillante que produit une sélection relativement stricte des participants à la conversation. Le but étant de ne pas être assimilé à cet « extérieur » qui juge les participants.

Les administrateurs des pages analysées sont plutôt tolérants vis-à-vis de ce qu'il est possible de dire sur leur site et les interventions envers les participants qui mettent en danger l'unité discursive qui s'exprime dans ces lieux, sont rares. Cette ouverture n'en est pas pour autant totale. Sur la page TDAH, un participant qui affirme être un thérapeute français se montre très critique des publications de la responsable. Cette dernière y va de cette réponse à son endroit : « ... justement, après vous avoir longuement discuté avec vous, je constate que l'on ne s'entend pas sur les causes du TDAH, on ne peut se rejoindre sur une compréhension commune de la problématique » (A9 : 349, 8 : 25). À d'autres moments la protection de cet espace pour ceux qui souffrent de T.D.A.H. est plus insistante. La page « Famille TDAH » y va ainsi de cet avertissement :

Bonsoir à tous, j'ai remarqué depuis quelque temps que des personnes s'amuse à désorienter le fil des discussions. Je ne veux pas partir un débat sur le TDAH, son existence ou encore sur la médication. Cette page est destinée aux familles qui vivent avec le TDAH, chacune à leur façon. En la créant, je souhaitais donner parole à tous ceux souhaitant s'exprimer sur le sujet afin d'en faire bénéficier d'autres familles. Si votre but est de juger, de promouvoir une idéologie ou encore de remettre en question l'existence du TDAH, votre place n'est pas ici. Je bannirai sans hésitation tout personne ayant ce genre d'ambition [sic] (349, n.d.).

Pour assurer aux victimes du TDAH une reconnaissance, la réappropriation du discours scientifique sera nécessaire. En donnant une consistance scientifique au trouble, le discours sur la différence de ces enfants s'est armé pour lutter contre les préjugés. Avec ce changement dans l'ordre du discours et ce déplacement épistémologique, le discours de ces parents opère une catachrèse qui va élargir le sens de la maladie mentale en lui donnant tous les signes d'un mal corporel comme un autre. En étant ainsi « incorporés », les maux de l'esprit se libèrent d'un mal qui pourrait mettre en danger la raison elle-même et deviennent en même temps banals et curables grâce à la médication.

La suture à l'hégémonie : la complexité inhérente au processus d'identification

Dans cette section, nous allons montrer que la participation parentale au dispositif biopolitique n'est pas unilatérale, c'est-à-dire qu'elle déborde la simple reconduction idéologique. À travers les trois prochaines sections, nous montrerons comment une forme de positivité accompagne le discours des parents dont les effets ne peuvent être compris correctement sans prendre acte de la complexité inhérente à ces discours. Nous allons d'abord montrer les effets des témoignages de réussite ainsi que les effets thérapeutiques de ces sites avant d'analyser la manière dont l'identification au T.D.A.H. entraîne un glissement dans le sens que ces parents donnent à la différence. À la fin de cette section, nous serons en mesure de montrer certaines stratégies de légitimation qui ont des effets positifs sur ceux qui souffrent du trouble.

Alléger le dilemme : les témoignages de réussite

Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ces communautés et l'influence de ces dernières en ce qui a trait à une forme de normalisation de l'utilisation de la médication. L'effet des témoignages est en ce sens certain. Le soulagement de trouver des gens qui vivent des situations semblables est manifeste. « Ouff... je viens à l'instant de découvrir cette page. Merci à toutes de vos témoignages » [sic] (A9 : 357, 11 : 42). C'est à travers les témoignages de réussite que certains parents vont trouver le réconfort leur permettant d'alléger le dilemme moral qui accompagne la décision de médicamenter son enfant. Les témoignages de réussite sont nombreux et proviennent autant de récits de parents que d'enfant médicamenté aujourd'hui adulte.

Mon garçon a 10 ans et quelques temps seulement après son diagnostic, je peux affirmer qu'il remonte la pente. Nous avons eu recours à la médication (quoi que ce fut un choix difficile) et maintenant, notre petit homme accumule les petits succès... J'aurais aimé avoir de l'aide bien avant car on savait bien que quelque chose clochait, mais ça, c'est une autre histoire [sic] (A9 : 353, 10 : 31).

Les témoignages de la sorte abondent et leurs effets rhétoriques peuvent être constatés rapidement. Une mère témoigne : « ... merci tout le monde, vous ne savez pas comment vous venez de changé mon idée sur la médication... » [sic] (A9 : 353, 10 : 18). En plus de changer les perceptions chez certains participants, ce genre de témoignages crée aussi un effet d'entraînement alors que d'autres utilisateurs veulent eux aussi avoir accès à ce genre de réussite.

Si le témoignage de parents qui se sont réconciliés avec l'usage de la médication est un facteur qui permet de « normaliser » l'utilisation de la médication, un autre type de témoignage a aussi des effets semblables. Il s'opère effectivement un retournement de situation dans le contexte de ces groupes. Alors que le fait d'être médicamenté peut entraîner une forme de stigmatisation, le contexte de ces groupes permet l'émergence de ce genre de témoignage exprimant le désir de se faire traiter. Les interventions de jeunes adultes ayant bénéficié de la médication sont aussi monnaie courante. Parfois c'est l'inverse, il existe des témoignages d'adultes qui affirment être déçus de ne pas avoir été traités.

Moi c est le contraire j étais bien encadré mais très tdah... mais parent on pas voulu la médication. Triste car je suis sûre que j aurais été plus loin dans les études... mes deux fils le sont... j ai été réticente pour les mes... mais aujourd'hui je regrette rien et eux non plus..... et ya rien d horrible de prendre la médication.... si cela te permet de mieux fonctionner... on peut fonctionner tout dépend du degré de ton tdah.. crois moi on le regrette pas... mais c est dure pareil sur le cœur de maman et papa [sic] (A9 : 357, 12 : 11).

Comme on le constate, ces témoignages arrivent à créer un désir d'être soutenu par la médication. Ce désir se passe aussi alors que les parents se font diagnostiquer dans le sillage du processus mené pour leur enfant.

Je suis l'exemple parfait du beau cocktail... un premier enfant diagnostiqué TDAH, un peu plus tard un deuxième enfant diagnostiqué TDAH et poufffff!!!! Euréka, je réalise que le TDAH explique toutes les difficultés que j'ai pu endurer depuis 36 ans!!! [sic] (A9 : 358, 10 : 49)

En plus de fournir des exemples où la médication réussit à changer la vie de ceux qui souffrent du trouble, ce dont on s'aperçoit c'est que le processus par lequel les enfants sont diagnostiqués entraîne des effets de contagion. Les témoignages sont très nombreux à affirmer que le diagnostic pour leur enfant apparaît comme une révélation pour les parents qui réalisent qu'eux aussi ont les mêmes symptômes et les mêmes problèmes. L'intensification du nombre de diagnostics que nous avons observée à partir des données de la RAMQ montre que ce phénomène de contagion ne peut qu'aller en augmentant au fur et à mesure que les années passent. On va commencer à parler de persistances des symptômes chez l'adulte ainsi que du TDAH chez les adultes dans les médias écrits francophones au Québec dès l'année 2004.⁹⁷

On peut dire que, petit à petit, le psychostimulant (Ritalin, Concerta et autres) va devenir un objet de désir pour tous ceux qui n'arrivent pas à « réussir », que ce soit dans le monde scolaire ou dans le monde du travail. L'extension des soins du trouble vers les adultes marque un tournant utilitariste dans le rapport que ces groupes vont entretenir avec la médication. On recense des témoignages où l'on revendique le « droit » à la réussite. En plus, la multiplication des témoignages où le psychostimulant est envisagé de manière non problématique va renforcer ce désir.

Des parents qui partagent les paroles de leurs enfants qui revendiquent leur traitement de manière à faire de bonnes journées à l'école. « Quand mon grand de 14 ans m'a dit "mom, j'ai oublier ma pilule a matin, tabar... que la journee a ete dure!" » [sic] (A9 : 358, 5 : 16). Si les parents peuvent être sensibles à l'efficacité du traitement et sentir le besoin d'en bénéficier eux aussi, les enfants semblent également avoir droit à ce genre de « publicité ».

Souvenir du commentaire suave d'un petit de 2e année qui parlait à d'autre de son expérience de la petite pilule bleue qui avait tout éclairci dans sa tête et qui avait facilement appris à lire ensuite. Il affirmait alors à un autre, dans le local de l'orthopédagogue, qu'il aurait avantage à essayer la pilule en question pour, pour connaître enfin des succès [sic] (A9 : 358, 6 : 13)!

⁹⁷ (2004). Les adultes Ritalin, *La Presse*. 10 octobre 2004.

Au-delà de l'entreprise de démarginalisation que portent ces groupes, au-delà de la fonction d'entraide importante qu'ils exercent, ils sont souvent la ressource de première ligne se substituant à l'école et aux services sociaux pour le soutien des parents.

A l'aide!!! Mon fils était sous traitement depuis 3 semaines, mais il a commencé à avoir des insomnies donc nous avons tout arrêté pour voir si ça allait changer, mais cela continue... Je suis désespérée car je vois mon fils ne sachant pas dormir et le pire c'est l'angoisse!! Que faire? [sic] (A9 : 358, 4 : 00).

L'espace discursif devient une extension importante aux soins de santé mentale. Il faut reconnaître que sans ces groupes, plusieurs parents seraient laissés à eux-mêmes.

Échange thérapeutique et déculpabilisation : pour aller au-delà de l'idéologie du discours

En plus de la solidarité qui vient de l'expérience partagée d'être exclus de la société et en plus de la confirmation par des acteurs extérieurs de leur réalité, ces groupes de parents favorisent l'apparition d'une identité collective à travers des formes de relation thérapeutique. Il s'agit là d'un saut qualitatif pour ces groupes qui ne peuvent simplement être compris comme un agrégat d'énonciateurs qui n'ont de liens que par leurs idées, parce que ces liens vont fonder des pratiques de souci de l'autre qui ont des effets thérapeutiques. Ces relations n'étaient qu'embryonnaires entre les années 2010 et 2015, mais certains échanges montrent clairement leur caractère thérapeutique. Comme le rappelle Bernheim « [l'] actualisation de la relation thérapeutique exige la reconnaissance de l'autonomie du patient et l'engagement réciproque dans le dialogue et l'élaboration d'un contrat de soin » (Bernheim, 2010; 172). C'est au-delà de cette perspective contractuelle qui découle du formalisme des institutions de soin et de la relation verticale entre soignant et soigné que nous situons cette relation qui naît de la rencontre des parents dans ces espaces virtuels. J'entends par là une relation qui revient au sens étymologique du mot grec *thérapeutikos*, c'est à dire qui « prend soin ». Ces groupes deviennent aussi le lieu d'une parole thérapeutique comme nous allons le constater.

C'est dans la présence et dans l'écoute que ces groupes procurent aux participants que cette relation se constitue. Comme le souligne une mère, « [c'] est en parlant et en partageant qu'on réalise combien nous sommes nombreux dans cette situation. Merci pour ce beau texte et pour tous vos témoignages qui sont là pour briser l'isolement! » [sic] (A9 : 359, 12 : 04). L'expérience commune des parents est le premier mécanisme qui permet de réunir les participants et arriver à inscrire leur position dans le discours social. Dans ces cas précis, l'expérience de la parentalité est vécue de manière difficile par ceux qui témoignent, le plus souvent ils se trouvent à bout de ressources. Ainsi, leurs témoignages renforcent la réalité du trouble et la nécessité de la médication. En réponse aux objections que certains participants formulent vis-à-vis de la médication, une mère affirme : « moi je vie avec une fille de 10 ans et vous ne resteriez même pas 1 heure avec s'en médicament alors au lieu de parler à travers votre chapeau vivez l'expérience et on s'en reparle [sic] » (A9 : 359, 5 : 33). Un parent va lui suggérer avec un brin de cynisme d'arrêter de médicamenter leur enfant et de confier la garde à ceux qui remettent en question la médication pour voir s'ils seraient capables de survivre à une telle épreuve. Cette expérience des effets délétères du trouble place les parents dans une situation de souffrance dans laquelle ils peuvent se reconnaître et ainsi poser les bases d'une expérience partagée.

Ce qui assure une validité supplémentaire à la médicalisation du trouble pour ces parents, c'est que la décision n'en est pas une qui se fait sans avoir été mûrement réfléchie. Force est d'admettre que les témoignages recueillis en cette matière pointent tous dans cette direction. La médication n'est pas un choix facile, elle s'accompagne d'hésitations.

Je suis pharmacienne et je n'ai jamais vu de parent venir chercher une première prescription pour leur enfant en disant : bon, enfin, on va lui faire prendre des pilules!! Au contraire, il y a toujours une petite hésitation, une remise en question, un peu de culpabilité parfois. On veut tous le meilleur pour nos enfants et ces parents ont cheminé pour arriver au point où il faut se rendre compte que la médication est nécessaire [sic] (A9 : 360, n.d.)

Ce témoignage n'est pas le seul à aller dans cette direction. Nombreux sont les parents qui affirment être allés au bout de leurs ressources.

Avec ma fille j'avais tout essayé avant, produit naturel, technique comportementale. Mais parfois, on doit se rendre à l'évidence. Le déficit d'attention, avec ou sans hyperactivité, d'accompagnant souvent d'autres problèmes comme l'anxiété... n'est pas une maladie imaginaire [sic] (A9 : 360, n.d.).

L'éventail des solutions alternatives est souvent très large. D'ailleurs, les sites étudiés foisonnent de conseils entre les parents afin de modifier les interactions avec les enfants affectés par le trouble. Malheureusement, ces moyens ne se montrent pas toujours efficaces dans l'expérience courante des parents, ce qui les place dans une situation invivable. Comme l'affirme une mère qui témoigne sur le site Famille TDAH (Facebook) : « J'avais moi-même mon opinion, peu favorable, avant de savoir que mon fils en était atteint, je dois l'avouer! La médication? J'ai pleuré pendant près de un an, avant de lui administrer » (A9 : 361, 7 : 49). Il est important de constater que de nombreuses réticences traversent l'esprit des parents avant d'aller de l'avant avec les moyens pharmacologiques. Le choix est vécu comme le dernier recours dans la plupart des témoignages étudiés. L'effet de ces témoignages sur les utilisateurs de ces sites pourrait cependant réduire les hésitations et légitimer un passage rapide à la médication.

Les témoignages font aussi état des problèmes liés à la médication :

Oui il a été diagnostiqué à l'âge de 6 ans, mais il a toujours eu des effets secondaires peu importe la marque (ritalin.... concerta.... aderal.... maux de tête et vomissement sans parler du manque d'appétit et le pire c'est la somnolence il pouvait dormir 16 h d'affilé... [sic] (A9 : 361, 10 : 53)

Le risque de soumettre son enfant à un traitement, à la fois au niveau de sa santé physique qu'au niveau des conséquences sociales pour l'enfant lui-même (l'exclusion) rend les délibérations lourdes et émotives. À travers les larmes et le désespoir s'exprime le dilemme parental devant un enfant en retard de développement. Les problèmes fonctionnels de l'enfant entraînent des conséquences qui plombent le devenir du milieu familial. Le nombre de témoignages en ce sens est impressionnant et met en lumière une forme de cheminement vers la médication qui opère à travers les tentatives de différentes options et de nombreuses hésitations.

Depuis 27 ans, je travaille dans les service de garde en milieu scolaire. J'ai vu, j'ai vécu toutes sortes d'expériences avec ces enfants. A mes débuts j'étais totalement contre. La médication de ritalin s'est raffinée, une évolution de la pharmacologie améliorée. J'ai vu des enfants pas d'amis, pas d'estime de soi, impulsifs, anxieux, agressifs ou encore lunatique et j'en passe.... Après un diagnostiquel'enfant te dit, ça brasse plus dans ma tête, mon corps tremble plus, j'ai un ami qui joue avec moi. Il apparaît un sourire au visage, il est calme. Il est capable d'organiser sa pensée et de s'exprimer verbalement sans agressivité. Quel amélioration! On a toujours dit de moi, que j'étais pas bonne à l'école, lunatique, anxieuse et tannante et faiseuse de mauvais coup. J'ai eu un enfant qui avait la bougeotte, anxieux, lunatique, immature. Après plusieurs formations sur le tdah, j'ai compris bien des choses pour moi, mon fils et mon petitfils. A l'époque, 30 ans le sujet n'existait pas. Je suis fier de mon fils et de mon petitfils de tout le chemin parcouru. La pomme tombe jamais loin de l'arbre. [sic] (A9 : 361, 11 : 47)

Pour cela, le choix de donner la médication à son enfant n'apparaît jamais comme une action irréfléchie dans ces témoignages, au contraire la médication est le plus souvent présentée comme le dernier recours ce qui donne l'impression d'un cheminement réflexif, graduel et fondé sur l'amour parental. Ce genre de délibération vient légitimer la finalité de ce cheminement qui est la médication. Ce processus réflexif atteint un degré de performativité encore plus grand quand ce sont les enfants eux-mêmes qui deviennent les porteurs de ces revendications. Le processus de déculpabilisation est complet au moment où l'enfant réclame de lui-même la médication. Il ne s'agit plus d'un choix arbitraire du parent, mais d'un processus réflexif qui mène tout le monde à la même conclusion.

De la marge à l'avantage comparatif

Pour exister, ces groupes doivent aménager une suture entre leurs positions et le discours dominant. En devenant des lieux de production de signification, ces groupes ont constitué des archives à partir desquelles on peut donner du sens à l'acronyme T.D.A.H. et à l'expérience qui l'entoure. Il ne s'agit plus simplement de discours théoriques émanant du domaine scientifique, mais bien d'expériences concrètes qui fournissent un univers de sens aux problèmes liés à la différence d'un enfant faisant l'objet d'un effort d'intégration

scolaire. Dans ce contexte, la suture est une opération d'articulation des discours sur la différence de manière à les intégrer à l'ordre du discours. C'est grâce à ces phénomènes d'identification à ces groupes que la politique de la signification s'enrichit d'un effet de réalité qui permet d'inscrire la différence de ces cas dans l'ordre du discours.

Nous avons constaté que les discours valorisant les personnes souffrant du T.D.A.H. opèrent cette suture à travers la valorisation de la différence. Dans le meilleur des cas, le trouble est présenté comme le symptôme d'une société qui a de la difficulté à s'adapter à des individus créatifs ayant de la difficulté à se conformer aux règles. La différence est alors présentée comme un avantage comparatif. Dans ce cas, l'individu T.D.A.H. devient une figure de résistance face à des structures sclérosées et son esprit créatif devient un moteur de changement.

Figure 41 : Les mots de Facebook – Dire la différence du T.D.A.H.

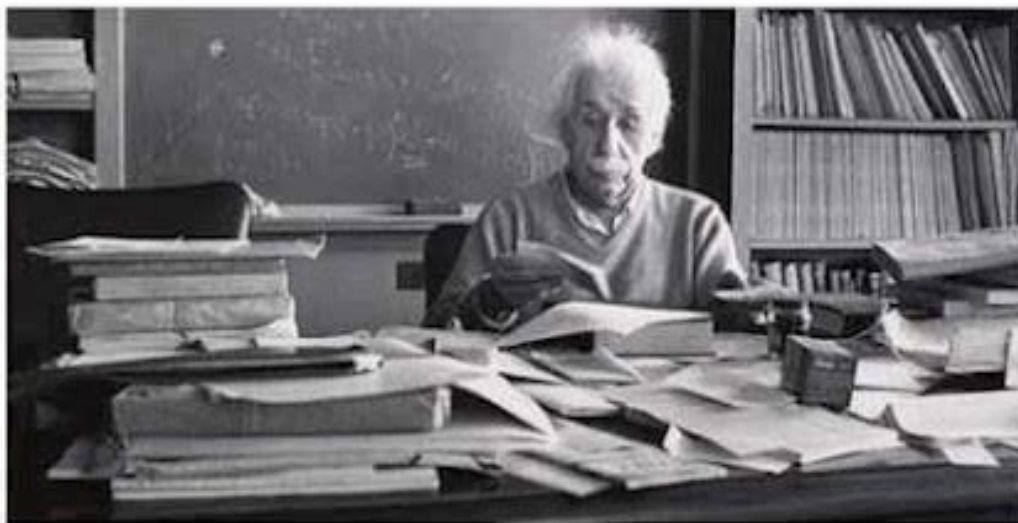
« Saviez-vous que... Les gens qui vivent avec un TDAH ont une multitude de qualités telles :
Innovateur*Créatif*Curieux*Spontané*Capacité à improviser*Artistique*Passionné...
Pouvez-vous nommer les autres??? »

Source : Facebook, page TDAH.

L'entreprise de valorisation passe comme on le constate par un effort pour transformer la perception que l'on a des symptômes du trouble. Le caractère exceptionnel de ces cas se renforce à travers de nombreux exemples de certaines grandes personnalités à qui l'on diagnostique le T.D.A.H. de manière parfois posthume. La figure de Einstein est reprise à plusieurs occasions, ses difficultés scolaires et la manière dont sa créativité était étouffée dans ce contexte sont deux facteurs qui permettent le rapprochement des enfants souffrants du trouble. « Les TDAH sont des gens pleins de ressources et capables de voir les

choses sous un angle différent, ce qui est parfois intéressant. Einstein était TDAH... » [sic] (A9 : 362, 11 : 10).

Figure 42 : Les mots de Facebook – L'avantage de la différence ou le génie dans son milieu



Certaines participantes y vont de listes très longues de « génies » aux prises avec le T.D.A.H. qui comptent des personnalités comme Galilée, Beethoven en passant par Henry Ford et John Lennon. Bien que l'on puisse douter du bien fondé de diagnostiquer à rebours ces personnalités, l'effet qui est recherché est bel et bien de valoriser les traits de la différence qui accompagnent le trouble. Ces comparaisons ne font de sens que dans un contexte très particulier où l'enfant a un Q.I. élevé, ce qui est possible, mais qui n'est pas la norme. Les symptômes deviennent alors des avantages à saisir qui servent à l'individu voulant se démarquer. « Elle deviendra le nouveau Richard Branson, Jim Carey ou Adam Levine. Avec une créativité, une énergie comme ça, ça va les mener à quelque chose de bien » [sic] (A9 : 362, 1 : 53). Pour que la suture tienne, il faut passer sous silence les enfants qui en plus de souffrir d'un T.D.A.H. n'ont pas une intelligence qui ressort de la moyenne.

La figure de réussite se cristallise cependant dans l'idéal-type de l'entrepreneur. Il semble que ce soit le débouché naturel pour le T.D.A.H. puisqu'il peut être son propre patron, établir son propre rythme de travail, etc. L'hyperactivité est ici présentée comme un surplus

d'énergie qui peut être utilisé pour veiller au développement de projets et accomplir des tâches qui demandent une somme de travail particulièrement importante.

Figure 43 : Les mots de Facebook — L'hyperactivité comme avantage comparatif



Do All Entrepreneurs Have ADHD?

Some of the most successful entrepreneurs credit their Attention Deficit Hyperactivity Disorder for their accomplishments. Virgin Airlines founder Richard Branson and JetBlue Airways founder David Neeleman both speak openly about their ADHD and how they wouldn't be anywhere without the creativity, v...
WWW.SUCCESS.COM

L'organisation devient alors le maître mot pour assurer le devenir de ces personnes. La réussite ne peut se concrétiser qu'à travers l'organisation minutieuse du temps et de l'espace et grâce à l'adoption de méthodes de travail. Comme le souligne une femme qui témoigne : « (...) je suis TDA, Je suis en affaire depuis plus de 15 ans..... je suis tellement organisé que j'en suis fatigante... listes, rangements, tout est à sa place et planifié au quart de tour. Mes clients ne s'en plaignent eux parce qu'ils ont un super services » [sic] (A9 : 359, 1 : 14). La concrétisation de cet avantage comparatif ne peut cependant se réaliser qu'au prix de nombreux sacrifices et grâce à l'adoption de toute une série de prescriptions qui permettent de pallier le déficit fonctionnel qui vient avec les problèmes de manque d'attention. La médication est alors un outil comme un autre dans la gestion de sa productivité. Sans ces outils, la capacité de participer au monde ne s'accompagne pas de succès. Il faut donc changer, devenir autre chose.

TDAH : travailler malgré un handicap (La Presse, 6 septembre 2011)

Le déficit d'attention coûte 7 milliards (La Presse, 16 octobre 2013)

TDA/H : faciliter l'intégration au travail (La Presse, 9 octobre 2013)

Trouble du déficit de l'attention : un obstacle à la productivité (La Presse, 19 mars 2014)

L'avantage comparatif va même trouver quelques figures publiques personnifiant la personnalité TDAH ayant réussi. Le passage de Renée-Claude Brazeau à l'émission *Tout le monde en parle* peut servir d'exemple à cet égard, mais le phénomène du « coming out » devient de plus en plus important.⁹⁸ Le grand succès de l'émission produit par Brazeau, *La galère*, va servir de modèle de succès. Son témoignage va à la fois démontrer à ceux qui souffrent des symptômes du trouble qu'il est possible de réussir malgré tout, la médication n'étant qu'un outil parmi d'autres. « Aucun parent ne médicamente son enfant par plaisir, on le fait par amour. On veut son bien-être et son épanouissement. Notre devoir de parent, c'est de lui donner tous les outils pour réussite. La médication pour certains devient un outil essentiel » [sic] (A9 : 362, 9 : 07).

L'usage et les pratiques de soin ont fini par instituer un nouveau référent dans le discours sur l'enfant différent à travers l'inscription de l'acronyme T.D.A.H. La médication, bien qu'étant le seul moyen largement déployé comme nous l'avons constaté au chapitre précédent, acquiert une forme de légitimité qui est due au pragmatisme auquel elle fait appel. Pour être un « outil », il faut comme l'écrit Lyotard l'apparition d'un référent qui revient dans ces témoignages de réussite. « La réalité subit ce renversement : elle était le donné que la phrase décrit, elle est devenue l'archive où l'on puise les documents, les exemples qui valident la description » (Lyotard, 1983 : 69). Le T.D.A.H. et les nombreux « cas » qui constituent cette texture historique offrent désormais un contexte qui permet, pour reprendre l'analyse de Lyotard (1983), le passage de l'état de victime à celui de plaignant. Si l'absence de contexte est pour Butler une affaire culturelle, Lyotard arrive à poser ce manque de contexte dans des termes qui permettent de penser l'institutionnalisation d'un nouveau régime discursif qui permettrait de faire passer les

⁹⁸ Notons que certains humoristes comme Philippe Laprise, Maxime Martin et d'autres ont fait ce 'coming out'.

différents à l'état de litiges pouvant ainsi être jugés et tranchés de manière à obtenir des réparations, la reconnaissance du T.D.A.H. est le point de départ de nouvelles revendications. Comme nous l'avons vu, il s'agit d'un élément essentiel dans la légitimation des politiques de scolarisation des enfants différents au Québec. Ces groupes sont donc les archives sur lesquelles les acteurs du réseau peuvent s'appuyer, à leur tour, pour défendre les pratiques de soin psychopharmacologique.

Synthèse :

Ici s'achève la description du dispositif entamée à la fin du chapitre 3 avec la politique de la signification et qui s'est poursuivie avec la description des régimes de médicalisation au chapitre 4. Nous avons montré, dans ce dernier chapitre, l'effet de celui-ci sur le discours des mères. Si nous additionnons l'efficacité de la médication, la mobilisation du dispositif autour d'une politique de la signification et les témoignages de plus en plus nombreux, la possibilité de déplacer la responsabilité des troubles sur les milieux de vie et leurs rythmes, plutôt que sur la différence des individus, devient de moins en moins envisageable. L'archive virtuelle donne un effet de réalité à cette nouvelle grammaire et à la mobilisation à laquelle elle donne lieu. Les médias sociaux ont transformé et propulsé les modes de véridiction dans la période 1997-2015 en trouvant sa confirmation sur le terrain même de son intervention. Il ne s'agit plus de simplement tenir pour acquis que le dispositif est hégémonique, nous avons constaté qu'il nourrit un phénomène culturel et le légitime à la fois.

Nous avons montré, dans la première partie du chapitre, la manière dont la parentalité d'enfant T.D.A.H. pouvait se construire dans l'espace virtuel. Cette communauté de discours permet de donner une cohérence propre aux témoignages et fait de cette archive un espace pertinent pour réfléchir au passage de la biopolitique purement administrative et technique vers ses effets culturels. Bien qu'ils soient nombreux à vivre une situation précaire dans leur quotidien, le témoignage de ces mères montre qu'une forme de confort et de connivence est possible dans ces sites, ce que nous avons nommé sodalité. Le caractère exceptionnel des énoncés que nous avons analysés laisse penser que beaucoup reste à faire à la fois pour saisir l'ampleur du changement des modes de véridiction et pour investir ce

nouvel espace de la biopolitique. La sodalité que nous avons exposée à travers la description de cette grammaire du T.D.A.H. sur Facebook existe au moins d'un point de vue discursif. Ce que nous avons constaté, cependant, c'est que le contexte qui fonde la légitimité de l'expérience des mères et de leurs revendications forme l'espace où l'expérience parentale partagée devient une source de savoir. Kalubi et Lésieux (2006) soulignaient la propension des parents à être dans une posture de soumission vis-à-vis des acteurs du réseau scolaire, l'espace virtuel leur offre un lieu d'autonomisation. C'est ce que nous constatons à la fin de ce chapitre, ces communautés ont transformé les conditions de production de vérité du dispositif biopolitique à travers cette réalité virtuelle.

L'entraide et la camaraderie qui peuvent être observées grâce à l'archive que nous avons reconstituée ne peuvent échapper au régime signifiant du dispositif biopolitique et peuvent au contraire assurer une fonction essentielle à la performativité du système de reproduction sociale en s'appuyant sur ces nouveaux acteurs pour assurer la légitimité de l'ordre du discours biopolitique. Nous avons montré que la communauté de pensée qui émerge grâce aux réseaux sociaux achève de transformer les conditions de signification de la biopolitique au Québec au début des années 2000 grâce aux médias sociaux.

L'apparition de pages sur les réseaux sociaux à partir de 2010 va marquer un tournant important dans les modes de véridiction du discours sur le T.D.A.H. et va transformer les moyens de production de la signification qui lui sont associés. Il s'agit pour nous du dernier élément du dispositif biopolitique qui réunit tous les acteurs de la politique de la signification qui entourent le trouble. En ce sens, le discours parental vient compléter à la fois le travail de coordination des acteurs que souhaitait produire l'État québécois et le travail heuristique assuré par les procédures du diagnostic menées par les médecins et circulant de plus en plus dans l'espace scolaire. Le récit de ces mères expose un champ particulier d'énonciation où la participation à la production de signification participe à la création d'une identité commune qui a des effets d'ordre culturel. Comme le suggèrent les analyses de Butler (2004) et de Hall (2008), le concept d'*identification* qui mène à cette identité commune permet de mettre en lumière une action politique dans le discours lui-même. Hall résume bien notre approche et le concept :

(...) l'approche discursive considère l'identification comme une construction, un processus jamais achevé, toujours « en cours ». (...) Bien qu'elle ait des conditions déterminées d'existence, y compris des ressources matérielles et symboliques nécessaires à son maintien, l'identification est en définitive conditionnelle : elle se situe dans la contingence. Une fois assurée elle n'annule pas la différence. La fusion totale qu'elle suggère est, en réalité, un fantasme d'incorporation. L'identification est donc un processus d'articulation, une suture, une surdétermination — et pas une subsumption (Hall, 2008 : 269).

Dans le contexte de la thèse, le regroupement virtuel que nous avons présenté et envisagé en tant qu'idéal-type d'un espace de reformulation du discours sur le T.D.A.H., l'archive virtuelle qui est la porte d'entrée d'un nouveau régime de production de vérité du discours sur le T.D.A.H.

On a reproché à Foucault de s'enfermer dans sa méthode et de construire des dispositifs de capture qui ignoraient de possibles réappropriations des individus capturés (DeCerteau, 1991; Hall 2008, Butler, 2013), nous pensons avoir trouvé une manière d'échapper aux reproches qu'implique le recours à cette méthode. C'est pour cette raison que nous insistons pour montrer une série de ces témoignages. Si le trouble apparaît de manière « théorique » et froide à travers les instruments de l'État, ces phénomènes de témoignages montrent l'espace vécu à travers lequel se construit la parentalité T.D.A.H. Les nombreux exemples cités montrent les effets culturels de ces témoignages et va permettre de réfléchir, dans le prochain chapitre, au déplacement des pratiques de soin. La solidarité dont font preuve ces mères permet de penser une pratique thérapeutique fondée sur les effets positifs de cette sortie de l'isolement et de l'attention que dirige leur témoignage sur une condition partagée. En assurant des formes de reconnaissance pour des parents afin qu'ils se sentent soutenus, écoutés et compris pour éviter d'être marginalisés, ces groupes peuvent être un espace où les mères peuvent se situer et faire du sens de leurs expériences. Comme le dit Butler : « (ê)tre blessé par un discours, c'est souffrir d'une absence de contexte, c'est ne pas savoir où l'on est » (Butler, 2004: 25). Le dispositif biopolitique compte désormais sur un nouvel espace qui permet, comme le dit Sloterdijk, de donner lieu à une « ... nouvelle esthétique de l'immersion (...) [où] la vie sociale, après la fin de l'histoire combattante, ne

pourrait se dérouler que dans un intérieur élargi, dans un espace interne ordonné, comme une maison et doté d'un climat artificiel » (2013: 244-245).

Pour élargir cet intérieur et profiter de ces climats adaptés, il faut déployer les efforts pour développer de nouvelles pratiques de soins psychiatriques pour les enfants. Rose (2019) fait lui aussi de la participation des patients, notamment par leur récit de vie, les acteurs incontournables du futur de la psychiatrie. Comme nous l'avons montré dans ce chapitre et comme il le suggère, ces groupes arrivent à fournir des formes de soins qui sont souvent absents du parcours traditionnel, grâce à « ...the alternative knowledge that services user has developed of the social and interpersonal foundation of mental distress, and the forms of support that might genuinely meet the needs of those experiencing profound crises in their lives » (Rose, 2019 : 187). Le contexte de ces groupes qui permettent des phénomènes d'identification thérapeutique a effectivement un potentiel important puisqu'ils entretiennent des relations d'égalité portées par la reconnaissance réciproque d'une identité partagée chez les usagers. Cette horizontalité est une condition nécessaire pour préserver le potentiel d'autonomie des individus. Maintenant que nous avons restitué l'étendue discursive de la biopolitique et décrit le dispositif par laquelle elle s'est déployée, nous pouvons proposer une réflexion théorique sur ses potentialités sans perdre de vue les assises matérielles sur lesquelles s'est érigé le dispositif de T.D.A.H. de manière à prendre appui sur l'ordre du discours pour le renverser, au moins potentiellement (théoriquement). C'est à cela que ce consacre le dernier chapitre

.

Chapitre 6 : L'identité T.D.A.H. et le déficit attentionnel : le souci des autres et le souci de soi

En fait, les relations de pouvoir sont des relations de force, des affrontements, donc, toujours réversibles. Il n'y a pas de rapports de pouvoir qui soient complètement triomphants et dont la domination soit incontournable

Foucault, 2001a; 407.

Les hommes sont des créatures vivantes qui, dans un premier temps, ne peuvent *être* nulle part ailleurs que dans les serres sans parois de leurs relations de proximité (...). C'est seulement dans ce microclimat, dont ils sont les créatures typiques, qu'ils deviennent ce qu'ils peuvent être pour le meilleur et pour le pire

Sloterdijk, 2002; 125.

Dans les chapitres précédents, nous avons constaté la manière dont s'est déployé à travers le temps et l'espace le dispositif biopolitique lié au diagnostic de T.D.A.H. dans le milieu scolaire québécois. D'abord, à travers la généalogie des différents champs de savoir qui permet d'organiser une intervention sur la différence (chapitre 3) et ensuite à travers l'analyse des moyens administratifs d'un dispositif de soins dont dispose l'État pour intervenir grâce à l'école et son réseau scolaire sur cette différence (chapitre 4). Dans la mesure où ces enfants doivent être pris en charge par un dispositif biopolitique, l'identification au T.D.A.H. mène à un *topos* dont nous avons évoqué certains traits (chapitre 5) et qui marque le territoire discursif auquel les enfants sont assignés à cause de leur relation au dispositif.

L'extension des soins de santé mentale dans les écoles est la marque d'une gouvernance post-moderne, pour reprendre l'expression de Lyotard (1979), résultant d'une politique de la signification qui aura permis de trouver les régimes de signification offrant la meilleure performativité à la reproduction du système social. Le rôle de la science est en ce sens fondamental.

Faite elle aussi d'énoncés dénotatifs, elle imposerait deux conditions supplémentaires à leur acceptabilité : que les objets auxquels ils se

réfèrent soient accessibles récursivement, donc dans les conditions d'observation explicites; que l'on puisse décider si chacun de ces énoncés appartient ou n'appartient pas au langage considéré comme pertinent par les experts. (Lyotard, 1979 : 36)

Les derniers chapitres nous ont permis de constater que le dispositif biopolitique joue un rôle central pour créer les conditions de ces termes dénotatifs dans le discours social. Nous avons montré la persistance de la circulation des objets liés au T.D.A.H. ainsi que la fonction de véridiction et de pertinence qu'assument les acteurs du dispositif que nous avons décrit. Au cœur du réseau scolaire s'opère donc un déplacement sémantique fondamental aux conséquences historiques pour la recherche en santé mentale au Québec. Le chapitre 5 nous a permis d'exposer des témoignages de mères, de manière à tapisser un espace, une trace virtuelle nous permettant de penser la parentalité T.D.A.H. et d'en montrer les conditions matérielles.⁹⁹ L'idéal-type de la parentalité T.D.A.H. que nous avons mis en récit est, comme l'explique De Certeau, crucial.

(...) le récit a un rôle décisif. Certes il « décrit ». Mais toute description est plus qu'un acte de fixation, c'est un acte culturellement créateur. Elle a même le pouvoir distributif et force performative quand un ensemble de circonstances se trouve réuni. Alors elle est fondatrice d'espaces. (De Certeau, 1991 : 217) »

La virtualité de l'archive présentée est en ce sens fondatrice de ces espaces. Il s'y crée des lieux d'échange ainsi qu'un savoir pratique fondé dans l'expérience de la parentalité dans un contexte d'enfant différent. La trace de ces réseaux sociaux, en tant qu'objet culturel, constitue un état des lieux entre 2012 et 2015 et permet de rester bien ancré dans les conditions sociales qui donnent lieu à des stratégies combinées d'émancipation et d'asservissement propre à la biopolitique et qui participe à notre point de vue à légitimer les actions décrites au chapitre 4.

La normalisation discursive du parcours de soins du T.D.A.H. se constate dans la distribution de plus en plus étendue du nombre de diagnostics qui marque à notre avis le

⁹⁹ Il est nécessaire d'insister sur le fait que l'utilisation du mot *mère* relève d'un qui s'appuie sur une réalité empirique que nous a permis de relever notre corpus où les femmes étaient surreprésentées. Cela ne sous-entend absolument pas que le travail de soin aux enfants soit réservé aux femmes à cause d'une essence qui serait la leur, ni d'ailleurs que les hommes ne participent pas à ces tâches.

passage dans un régime d'identification hégémonique et dont les effets incrémentaux assurent une continuité sémantique dans la manière de poser le problème de la différence. Cela a donc des conséquences sur lesquelles il faut réfléchir. Parce que malgré le caractère contingent de chaque cas, l'enfant différent demeure un problème persistant et l'objet de mobilisation d'une force sociale pédagogico-normative qui, on l'a vu, s'étend à l'essentiel des soins nécessaires à la reproduction sociale.

Le chapitre qui suit propose un retour vers notre question de départ grâce à une réflexion sur la *subjectivité T.D.A.H.* à partir des conditions d'existence qui découlent des soins que nous avons évoqués dans les pages qui précèdent. La première partie de ce chapitre expose les conséquences de l'hégémonie de la structure signifiante actuelle dans le maintien et la reconduction des impératifs de participation aux mondes partagés. En réexaminant les symptômes à partir d'une perspective phénoménologique empruntée à Timothy Campbell (2011), nous pourrions faire le lien entre les limites du dispositif et ses conséquences sur les conditions d'entrée des enfants dans le monde. Après nous être acquittés de cette tâche, la deuxième partie du chapitre propose une réflexion théorique sur l'utilité d'envisager, à partir de nouvelles formes de soin, d'autres pratiques. Toujours en suivant Campbell à propos de sa conception d'une *pratique de l'attention*, nous allons exposer la possibilité théorique de penser des pratiques de soin de manière à exposer les fondements critiques et les pratiques de résistance que la biopolitique autorise de penser.

L'identité T.D.A.H. et l'impératif de participation aux mondes partagés

Commençons par revenir sur l'importance de la mission de l'école qui est de produire un sujet duquel dépend la construction politique et économique de la société moderne. Ce processus d'édification politique de la subjectivité apparaît de manière évidente dans le problème que nous avons exposé jusqu'à maintenant : l'enfant doit être transformé pour pouvoir jouer le rôle qui lui incombe dans le monde qui l'attend. C'est ce qui fait dire à Sloterdijk que la modernité, dont l'école est pour nous le moteur principal, est soumise à un impératif métanoïaque (2011 : 476) qui débouche selon lui, non sans une touche d'ironie de la part de l'auteur, dans la forme générale d'un *fitness*, un souci de soi maintenant

complètement sécularisé, où l'amélioration du monde en tant que projet collectif passe par l'école et son projet pédagogique. Il résume l'entreprise de la modernité ainsi :

L'amélioration du monde passe par l'amélioration des hommes *en masse*. Comme elle n'est plus praticable sous la forme d'une autoamélioration d'une minorité ascétique, il lui faut l'amélioration des multitudes par des institutions éducatives. C'est la raison pour laquelle les pédagogues du début de la modernité appliquent pour la première fois l'impératif métanoïaque directement sur des enfants. (...) Dans les enfants, ils visent déjà le citoyen. (Sloterdijk, 2011 : 494-495).

Notre travail s'est attaché jusqu'à maintenant à montrer les cas limites de ce projet et les moyens mis en œuvre pour s'étendre à des populations d'enfants de plus en plus nombreuses. En nous attachant sur l'enfant différent, nous avons tracé l'histoire des points d'achoppement de ce projet pédagogique. En ce sens, la topique T.D.A.H. en tant que composition discursive naît dans le substrat de cette entreprise de modernisation. Elle est le témoin des efforts d'approfondissement, grâce à la science et la technique, qui visent à permettre à l'enfant différent d'atteindre une forme d'autonomie répondant aux exigences de participer à la construction de mondes partagés.

Pour réfléchir adéquatement à ce que nous avons présenté jusqu'à maintenant, expliquons le sens que nous donnons à cette exigence pour montrer la manière dont la biopolitique agit particulièrement au niveau micropolitique. Marx spécifiait déjà que le capitalisme reposait sur une forme de coopération. En parlant de la force de travail social, il précise : « Elle naît de la coopération elle-même. En agissant conjointement avec d'autres dans un but commun et d'après un plan concerté, le travailleur efface les bornes de son individualité et développe sa puissance comme espèce » (Marx, 1985 : 244). Cette coopération est au cœur de la reproduction de la société et détermine les conditions historiques et les formes que prend le travail. L'organisation économique de la société est tellement importante que Polanyi (1983 : 348) affirme que la survie du groupe rend la non-coopération impossible. Pour ces deux auteurs, l'impératif de participation se fait sentir pour l'individu sur le plan économique et social. Mais en plus, la démonstration que nous avons faite jusqu'à maintenant a mis en évidence comment historiquement, le pouvoir parental portait avec lui cette pression à coopérer, à organiser et structurer la vie familiale. C'est pour cette raison

que nous comprenons ces impératifs de participation aux mondes partagés comme étant présents dans tous les milieux de vie, même au sein de la famille et de l'école. Ils prennent évidemment des formes différentes selon les impératifs sociaux et politiques, mais ils apparaissent du moment où un trouble vient affecter les climats familiaux comme nous l'avons vu dans le dernier chapitre.

Il s'agit d'un véritable axiome pour les sociétés humaines qui se construisent sur cette injonction variable, mais très répandue à participer aux mondes partagés. L'idée qu'un impératif de participation aux mondes partagés soit à la base de tout vivre-ensemble nous paraît claire à la lumière de ce que nous avons exposé jusqu'à maintenant. Pour la société moderne, tant d'un point de vue économique que d'un point de vue social et évidemment familial, le T.D.A.H., en tant que diagnostic de santé mentale, est le symptôme de cette injonction de participation. Les enfants en proie à une impulsivité malade ou étant incapables de mobiliser correctement leur attention peinent à se reconnaître et se voir reconnaître par d'autres comme des participants aux mondes partagés. C'est cette incapacité à répondre aux attentes de ces milieux qui devient le motif de l'intervention que nous avons décrite jusqu'à maintenant. Cet impératif de participation aux mondes partagés se constate à travers des éléments que nous avons mis en lumière dans la thèse, notamment à travers les témoignages de mères, les témoignages d'adultes T.D.A.H. et à travers la transmission des récits de la souffrance des enfants. Caïtucoli (2005) explique le problème comme le résultat avorté pour l'enfant de réaliser le passage entre son monde intérieur et le monde extérieur. La subjectivité serait l'objet de cette transition, un construit qui doit permettre à l'enfant de développer une relation à soi qui le protège et qui lui permet de vivre son désir sans passer par des phases anti-sociales, voire sans sombrer dans la délinquance.

Comme nous l'avons montré, l'incapacité de participer se transpose dans certains cas cités dans une tendance suicidaire, l'impératif de participation ne pouvant être ici plus manifeste. L'utilisation de la médication pour permettre aux enfants, et aux parents dans une autre mesure, de modifier leurs modes d'interaction avec leurs milieux de manière à pouvoir y participer est pour nous l'autre pan de cet impératif. Les témoignages de

soulagement et d'amélioration de la situation grâce à la médication l'indiquent clairement. Dans tous les cas cependant, le dispositif biopolitique veille à intervenir pour pallier ce déficit de participation, à maintenir les conditions d'accès au statut de « participant » aux mondes partagés. Il s'agit là d'un point important, le vivre ensemble dépend de ce partage de responsabilités dans l'édification des mondes partagés. L'autonomisation est aussi la condition pour que les enfants manifestent une forme d'agentivité qui se transpose matériellement dans ces mondes de manière à ce qu'ils trouvent des formes de reconnaissance nécessaires à ce que leurs efforts de participation se poursuivent et génèrent une constance dans l'engagement qui seule peut donner une consistance identitaire au sujet T.D.A.H. En fin de compte, la question est de savoir si la pilule est la seule issue thérapeutique.

Comme nous l'avons démontré, le T.D.A.H. est une formation discursive, une topique, qui est le résultat d'une construction biopolitique dont les racines sont profondément ancrées dans l'histoire de l'instruction publique, mais qui prend un tournant marquant à partir des années 2000. L'identité T.D.A.H. ne relève pas d'une essence, mais elle est stratégique ou positionnelle. Il s'agit d'une relation de l'individu à une identité construite à travers la politique de la signification que nous avons décrite, identité rendue possible par la détection et le traitement du trouble. Cette subjectivité n'est cependant pensable que dans des conditions très particulières qui doivent être compatibles avec les présupposés épistémologiques qui ont permis de faire apparaître le discours sur le trouble (notamment son aspect fonctionnel et lié à l'activité du cerveau). Comme le démontre Rose (2013, 2019), les technologies qui permettent aujourd'hui d'étudier le cerveau jouent un rôle prépondérant dans l'extension et la consolidation de la validité de la psychiatrie, mais surtout dans la manière d'envisager l'éthos biopolitique qui en découle. « Yet *psy* is not being displaced by *neuro*: neurobiological conceptions of the self are constructed alongside psychological ones » (Rose, 2013 : 213). C'est dans cet écart que nous voulons poser les termes de notre réflexion.

Évaluons maintenant les conséquences du déplacement paradigmatique qui opère à travers la politique de signification que nous avons décrite et qui n'est possible qu'à travers cette

prise en charge de l'enfant différent. Nous savons que les savoirs dans le domaine de la psychiatrie sont autant d'occasions de tester les hypothèses rationalistes sur lesquelles se sont construites les théories de la subjectivité (Foucault, 1972; Rose 1985), les récents développements marquent un nouvel épisode dans cette contestation. Connolly (2002) analyse les conséquences du développement de ces savoirs sur le cerveau et la conscience qui viennent contredire l'idée d'une rationalité fondée dans la pensée et étant capable d'autonomie.

If the unconscious dimension of thought is at once *immanent* in subsisting below the reach of consciousness, *effective* in influencing conduct on its own and also affecting conscious judgement, *material* in being embodied in neurological processes, and *cultural* in being given part of its shape by previous inscription of experience and new experimental interventions, then several theories of morality, ranging from the Kantian model of command thought the Habermasian model of deliberative ethics and the Rawlsian model of justice (...) may deserve active contestation (Connolly, 2002: 85).

Nous comprenons sans peine que le *sujet* qu'ont construit les penseurs modernes se trouve remis en question par les fondements de cette réalité discursive, que son autonomie est remise en cause si elle se trouve déterminée en amont de l'acte de conscience. Cela déplace la portée politique de la subjectivité et, selon nous, ce n'est non plus sa liberté fondamentale qui fonde sa relation politique au monde, mais bien son processus d'identification. Rose propose le concept de « ego tunnel » pour envisager l'effet concret de ce processus. Il explique : « This ego tunnel, which has evolved for controlling and predicting our behaviour and understanding the behavior of others, creates a robust feeling on being in contact with an outside world, and a sense of immediate contact with our selves... » (Rose 2013 : 213). Ce tunnel est en fait le résultat d'une accumulation de perceptions, d'expressions, de représentations qui affectent l'enfant de manière à donner une consistance à son expérience du monde. Le sujet est donc le résidu de la relation qu'il construit avec le monde. Cette construction, comme elle se fait par le détour du langage et du discours, a une portée politique importante et doit faire l'objet d'un examen critique.

La matérialité des processus neurologiques est très certainement l'élément le plus important dans cette critique de l'autonomie du sujet et cela a été largement porté par

l'extension de la psychiatrie comme le montre Rose (2007). La contribution importante de ce dernier à l'histoire de la psychiatrie est sur ce point très claire, la recherche qui s'appuie sur l'étude du cerveau rend visible les effets des molécules pharmaceutiques sur le fonctionnement du cerveau ce qui amène à envisager ces troubles à partir de ses dysfonctionnements moléculaires (Rose 2007, 2013). Dans cette perspective fonctionnaliste, la détection et la prévention vont prendre une importance accrue McKenzie et al (2002). En agissant sur ces déterminants, les stratégies ont plus de chance d'avoir un impact sur le comportement des enfants. Comme le souligne Rose, en explorant les conséquences de cette transformation pour la psychiatrie :

Children are the key. (...) Many pathologies- ADHD, autism, schizophrenia, bipolar disorder, dementia- are now reframed as developmental and hence amenable to early detection and ideally to preventive intervention. (...) In this logic, one first identifies susceptibility, and one intervenes to minimize the chances of the unwanted eventuality coming about, in order to maximize both individual and collective well being (Rose, 2013: 15).

Grâce à la circulation des informations relatives au diagnostic et à la médication, à l'intégration de différents acteurs ayant une perspective largement médicale de l'enfant différent dans le système scolaire et bien sûr grâce au travail discursif des parents, le T.D.A.H. est devenu une topique qui sert maintenant de mécanisme de détection. Bien que les chercheurs aient souvent mis en garde des dangers de faire de ces susceptibilités, génétiques ou cérébrales, des marqueurs permettant un contrôle social susceptible d'étiqueter les patients (Zecca, 2001; Rose, 2007; Lafortune, 2007). Pourtant, les moyens à la disposition de la génétique et de la *neuro* se sont montrés incapables d'arriver à ces marqueurs (Rose, 2019). La possibilité de détecter le trouble à la source ne s'est pas réalisée, mais la crédibilité que ces moyens de recherche ont donnée au T.D.A.H. permet d'affirmer que leur rôle a surtout été utile d'un point de vue discursif. La croissance constante des cas et les témoignages d'identification au T.D.A.H. se multipliant ont fourni un contexte pour interpréter la différence de l'enfant, et dans une certaine mesure celle de l'adulte. L'auto-diagnostic, comme le diagnostic, participe à générer ces phénomènes d'identification au trouble qui, avec l'apparition des médias sociaux, vont transformer les conditions par lesquelles les régimes de vérité vont s'organiser. La trace virtuelle que nous

avons présentée montre les maux que provoque un T.D.A.H. Le langage qui permet de le décrire est codé par le dispositif biopolitique qui travaille à implanter un nouveau régime de sens capable de produire des mécanismes disciplinaires et de contrôle des corps. Ainsi, l'identification au T.D.A.H. doit être envisagée pour nous à partir de cette réalité discursive qui l'a vue naître.

Le premier problème que nous envisageons pour le processus d'identification au T.D.A.H. est celui du rapport stratégique que certains acteurs peuvent entretenir avec ce dernier. La croissance de l'usage de la médication ne peut être comprise, selon nous, sans que soit mise en évidence cette forme d'action stratégique permettant d'avoir accès à des services pharmaceutiques d'une part, et d'améliorer la réussite scolaire d'autre part. Parce qu'elle arrive à fournir des « services » permettant de soulager le surtravail que représente le trouble, à la fois pour l'enfant et son entourage, cette action pousse à un pragmatisme dont font preuve les acteurs du dispositif pour aider l'enfant.¹⁰⁰ Comme le rapporte Butler dans sa proposition de dé-diagnostiquer le genre, l'identification stratégique a un coût pour les individus concernés :

En un sens, le discours régulateur qui entoure le diagnostic acquiert une vie propre : il peut ne pas vraiment décrire le patient qui utilise son langage pour obtenir ce qu'il désire; il peut ne pas refléter les convictions du thérapeute qui signe tout de même le diagnostic et le fait circuler. Envisager le diagnostic de manière stratégique implique que les individus ne croient pas ce qu'ils disent, qu'ils s'engagent dans un langage qui ne représente pas ce qu'est la réalité ou ce qu'elle devrait être. Le prix à payer, si l'on utilise le diagnostic, est qu'on ne peut pas se servir du langage pour dire ce qu'on pense être vrai. On paie sa liberté en sacrifiant, pour ainsi dire, son droit au dire vrai. En d'autres termes, on acquiert un type de liberté qu'en abandonnant un autre. (Butler, 2012 : 112)

Cet agir stratégique, même s'il n'est pas répandu à tous les enfants diagnostiqués, l'est au moins dans le cas de certains enfants. Les parents qui « jouent le jeu » de ce processus d'identification viennent en fait affaiblir la validité du diagnostic lui-même. S'il ne s'agit que

¹⁰⁰ Nous avons vu s'exprimer ce pragmatisme plutôt, comme le disait un médecin cité en introduction : « l'important c'est que ça marche ». D'une autre manière, ce pragmatisme s'exprime aussi dans cette déperdition que le discours scientifique subit au moment de sa réappropriation par les mères et qui renforce le caractère fonctionnel du cerveau (chapitre 5).

d'un « outil » à la disposition de l'enfant différent, des parents et des professeurs qui l'entourent pour favoriser l'intégration de ce dernier, comment savoir si l'enfant est capable d'être partie prenante à cet usage stratégique? L'expérience concrète du diagnostic pour l'enfant reste pour nous évidemment inconnue alors que les écrits restent avant tout ceux de parents, surtout de mères. Mais nous ne pouvons douter de la capacité d'un enfant à avoir un tel rapport vis-à-vis de lui-même. La consolidation de son identité passe alors par le mensonge qui permet de le soulager, il faut ainsi constater la précarité d'une telle position. Dans ces cas, le sujet T.D.A.H. est en fait le résultat d'une dissociation protectrice de la différence qui se manifeste en lui. L'enfant ne peut vivre sa différence de manière positive tant qu'elle n'est pas formulée dans le contexte médical qui lui donne sens. Ce dernier n'offre que très peu de chance de voir s'établir une relation thérapeutique à travers ce que Gérin-Lajoie (2000) qualifie de « disponibilité psychique ».

La construction d'une forme d'agentivité pour ces enfants se révèle dès lors hautement paradoxale à l'intérieur de cette relation à l'identité. L'ambition de produire de l'autonomie passe par la soumission à un dispositif de normalisation, le seul qui semble en mesure de fournir des services de soutien à la population pour favoriser l'intégration sociale, au moins durant ce moment spécifique de l'histoire de l'école au Québec. Comme nous l'avons constaté dans le dernier chapitre, la différence du T.D.A.H. quand elle est resignifiée par les parents de manière à poser la différence dans des termes rassurants ne laissant pas ou peu de place à l'altérité. Ce sujet doit en fait combattre la différence que tente de contenir son diagnostic qui n'est rien d'autre que la marque indicible, dans l'ordre du discours, de cette altérité. Au courant des années 2000, et ce jusqu'à la fin de la période étudiée, le discours sur le T.D.A.H. empêche de penser la relation du sujet aux formations discursives autrement que comme un mécanisme de répression de la différence et une acceptation des conditions de l'impératif de participation aux mondes partagés propres au contexte social d'alors. Une question impossible à formuler dans ce contexte reste cependant entière : et si l'opposition et l'insubordination dont font preuve ces enfants différents étaient plutôt un rejet des impératifs de participation aux mondes partagés ou des motifs auxquels ils donnent lieu? L'ordre du discours laisse peu de place à ces enfants qui doivent se faire une place de manière à assumer les règles qui viennent avec ces contextes d'alors. Cette performance

passer par cet « ajustement » de leurs fonctions cérébrales qui dépend entièrement d'un objet et non d'un travail auquel il pourrait participer. Certains chercheurs québécois d'obédience psychanalytique y voient un danger dans la consolidation d'une relation thérapeutique constitutive de liens intersubjectifs (Gérin-Lajoie, 2000; Clerk, 2001; Caïtucoli, 2005).

Exister en vertu d'une dépendance fondamentale aux mots de l'autre pose le problème de savoir s'il est possible de resignifier, de manière autonome, l'horizon de sens dans lequel l'enfant différent s'identifie. L'enjeu est d'ailleurs largement traité par la recherche des *cultural studies*, notamment autour du problème de la décolonisation (Hall, 2008); par les études féministes, De Beauvoir (1949) parlait après tout de la femme comme l'Autre inessentiel de l'homme; et par les études de genre qui montrent comment des formes culturelles hégémoniques façonnent la performance de genre (Butler, 2004, 2012). Ces recherches portent sur des formes minoritaires d'existence, mais elles portent sur des problèmes qui mettent en jeu des adultes. Il y a une difficulté supplémentaire à penser cette resignification de l'identité dans le contexte des enfants. Cette capacité à resignifier les mots est profondément inscrite dans la perspective de Butler (2004) qui explique bien que la réappropriation, ici dans le cas des injures, permet de déplacer le lieu d'autorité par rapport à l'énonciation et possiblement de faire basculer l'ordre du discours. Deux éléments nous paraissent rendre ce genre de réappropriation difficile. D'abord, toutes formes de résistance ou de subversion risquent de confirmer le diagnostic de T.D.A.H. dont certains symptômes sont déjà liés à l'opposition. La résistance ne ferait que confirmer le diagnostic et ne permettrait pas de le critiquer.¹⁰¹ Le deuxième élément est de pouvoir arriver à ce que la parole de l'enfant soit entendue dans un champ d'énonciation qui est déjà très hiérarchisé à la fois du point de vue des acteurs (médecin, enseignant, orthopédagogue, parent, etc.), mais aussi des pouvoirs de véridiction (médecine et psychiatrie, pédagogie, etc.). Combinés, ces deux problèmes ne laissent que peu de chance pour que l'enfant puisse s'extraire par lui-même de la destinée que va lui assigner le dispositif biopolitique. La seule

¹⁰¹ N'importe qui ayant été témoin des relations qui s'établissent entre un patient en psychiatrie et le personnel soignant peut témoigner de cette réalité fondamentale, toutes les actions de résistance tendent à confirmer le diagnostic et la place de chacun dans la relation.

réelle option de participation demeure la collaboration qui risque d'obliger l'enfant à appliquer la grammaire du trouble à l'analyse de son comportement. L'interprétation de la différence de l'enfant dans un univers de sens aussi structuré ne peut pas arriver à servir de point d'appui à une critique des contextes qui servent de milieu de vie. En d'autres termes, il devient extrêmement difficile de penser un dehors à ce sujet T.D.A.H. qui se trouve soumis aux impératifs de participation aux mondes partagés, puisque les adultes autour de lui prennent action sur l'enfant et non sur le milieu et n'arrivent donc pas à inscrire sa différence dans d'autres termes que ce que suggère le dispositif.

La reprise du discours du dispositif par les acteurs qui en sont l'objet vient refermer les possibilités de contester les fondements de l'entreprise à laquelle se consacrent les acteurs du dispositif. Hall résume en substance l'effet de ce discours sur le T.D.A.H. alors que ce changement de paradigme s'est produit. Il explique :

Changer les termes d'une discussion est, en revanche, extraordinairement difficile, car la définition dominante du problème finit par acquiescer, à force de répétition, et grâce au poids et à la crédibilité de ceux qui la proposent ou y souscrivent, la force du « sens commun ». Les arguments qui s'en tiennent à la définition du problème sont considérés comme suivant une logique; ceux qui s'efforcent de modifier les termes de référence, comme « s'éloignant du sujet ». La lutte porte donc, en partie, sur la façon dont le problème est formulé, sur les termes du débat et la logique qui en découle (Hall, 2008 : 161).

Remettre en question l'interprétation fonctionnelle du trouble, c'est justement « s'éloigner du sujet ». Le discours sur le T.D.A.H. fixe donc un nouvel horizon de la santé mentale chez les enfants. L'identification au T.D.A.H. demeure ainsi problématique pour une théorie du sujet autonome sur laquelle repose toute politique libérale. D'un point de vue épistémologique, elle consacre la victoire de l'hypothèse neurobiologique qui renverse les prétentions reposant sur l'autonomie de la volonté ou de la conscience, d'abord parce qu'elle se montre dans l'activité du cerveau qui précède l'action consciente et que l'on peut intervenir sur son activité pour « l'ajuster » et le rendre capable d'attention. D'un point de vue politique, le processus d'identification qui passe par le discours T.D.A.H. et les espaces relationnels qu'il structure ont fait l'objet d'une politique de la signification qui a permis de

mobiliser certains mécanismes de sécurité qui jouent un rôle de surveillance des populations scolaires et qui affectent de manière hégémonique le champ d'énonciation. La subjectivité T.D.A.H est inféodée à ce régime de vérité et sa prise de parole passe par une dépossession de soi. Comme le rappelle Judith Butler, il est impossible d'échapper à cette dépendance première à l'égard d'un langage que nous n'avons pas fait et qui fixe un statut ontologique provisoire à ces enfants différents (Butler, 2004 : 49). L'intégration sociale s'organise ainsi à l'école et la société québécoise des années 1997-2015 baigne dans une ambiance où le discours sur le T.D.A.H. devient le plan de rapprochement de différents champs d'autorités, politique et discursif, qui entrent en résonnance en raison du caractère massif de leur organisation.

Attention, jeu et émancipation : une éthique biopolitique?

Le caractère historique de la démonstration que nous avons faite jusqu'à maintenant a permis de montrer une succession de discontinuités et de réorganisations des moyens de production de vérité. En ce sens, le discours sur le T.D.A.H. que nous avons présenté demeure lui aussi exposé à l'effet du temps et de l'apprentissage biopolitique des sociétés. La relation dynamique entre la population et le régime biopolitique comporte des effets culturels qui ne sont plus à démontrer et qui entraînent inévitablement des changements dans les conduites. Le T.D.A.H. risque ainsi de subir un flottement sémantique, effet de cet apprentissage et de l'évolution des techniques, où le discours va autoriser certaines divergences qui vont le faire évoluer. Sans vouloir prédire ce que sera ce discours, nous proposons une de ces divergences qui part du champ sémantique actuel du dispositif pour en suggérer une reformulation.

Il faut donner un tournant plus radical à l'espace biopolitique pour échapper à l'hégémonie froide des instruments qui semble parfois offrir la seule version du pouvoir sur la vie et des soins qui s'y manifestent. Le savoir/pouvoir que nous avons montré en action a fait voir une série de mécanismes de surveillance et de contrôle qui se sont développés comme les outils de nouvelles pratiques de soin. Ces pratiques, ne l'oublions pas, jouent un rôle politique d'absolue nécessité, mais elles opèrent au quotidien dans les espaces intimes où s'organise

l'existence des enfants. C'est dans cet espace que doit naître toute proposition espérant échapper au formalisme qu'implique l'approche structuraliste qui accompagne l'analyse biopolitique. Ainsi notre proposition se rapproche des préoccupations de certaines théories féministes du « care », notamment la proposition d'éthique du care de Dubé (2015), et d'une autrice comme Saillant qui propose de :

(...) passer au plan proprement anthropologique, en comprenant que les femmes, au sein des groupes domestiques, élaborent des pratiques et des univers symboliques qui sont des soins au quotidien, au sens de l'entretien de la vie et de la continuité du travail de la reproduction, et qu'elles donnent les premières réponses qui influent en quelque sorte sur l'itinéraire thérapeutique (Saillant 1999a). (Saillant, 2000 : 22)

Ainsi posée sur les bases anthropologiques des soins, une forme importante de l'effort de soin va sortir de son invisibilité et l'intimité de la relation biopolitique pourrait suggérer des formes chaudes des relations à même de fournir une autre version à la biopolitique. Le caractère politique de ces relations est évident dans le contexte de la thèse, mais plus largement il fait écho à des propositions féministes qui voient dans le travail domestique une fonction nécessaire à la reproduction du système de production (Benston, 1969; Delphy, 2015; Federici, 2018). Notre perspective veut cependant rester centrée sur des soins tous particuliers qui doivent traiter des problèmes de santé mentale. En ce sens, elle fait aussi écho au travail immatériel que Negri et Hardt décrivent eux aussi comme essentiel à la reproduction sociale. « Enfin, un troisième type de travail immatériel englobe la production et la manipulation de l'affect et requiert — virtuellement ou réellement — le contact humain : c'est le travail *in bodily mode* » (Negri et Hardt, 2000 : 358). Ce travail de « contact » marque l'itinéraire des enfants différents et pourrait être le lieu où se transforment les prédéterminations affectives qui donnent naissance au sujet politique qui va s'en suivre.

Ainsi, nous proposons de donner un sens collectif et relationnel au concept de *déficit d'attention*, le concept de trouble nous autorise, nous semble-t-il, à envisager la question de cette manière. Après tout, il sous-entend un contexte d'interaction mis à mal par le

comportement d'au moins un participant.¹⁰² Ainsi pensé, le déficit d'attention ne serait pas la responsabilité d'un problème de fonctionnement du cerveau de l'enfant, mais bien du manque d'attention réciproque entre les individus dans les mondes partagés. Envisagé de la sorte, le déficit d'attention permettrait une série d'énoncés critiques vis-à-vis des constats des instruments de mesure de la psychiatrie, tout en restant compatible avec l'hypothèse « neurologique » où l'action sur les déterminants du cerveau, y compris l'action sur les milieux de vie, devient le *modus operandi* de tous soins psychiatriques (Rose, 2013, 2019).¹⁰³

La manière dont se présente le concept d'*attention* dans le discours sur le T.D.A.H. est largement dépendante de ce que nous avons appelé l'impératif de fonctionnement dans les mondes partagés.¹⁰⁴ Cet impératif revêt des formes et des forces variables selon les contextes dans lesquels il se manifeste. En effet, les différents régimes géographiques que nous avons décrits dans le chapitre 4 corroborent cette interprétation. Le concept est ainsi rendu visible par les instruments qui permettent de l'identifier et de pallier son déficit. L'étendue de l'intervention demeure ainsi largement déterminée par les champs de savoir de la médecine, mais plus spécifiquement de la psychiatrie. La médication permet la production d'un surcroît de vigilance et une stabilisation de l'attention capable de combler son déficit et d'agir sur les conditions de manifestation de la conscience de l'enfant, plus particulièrement sur les fonctions exécutives de son cerveau. Selon nous, il faut résolument penser l'attention comme une pratique collective, plutôt que de faire du déficit d'attention une pratique solitaire d'un enfant souffrant de problèmes de fonctionnement dans les

¹⁰² Comme nous l'avons montré abondamment tout au long de la thèse, la détection du trouble passe par cette expérience partagée où des adultes s'interrogent sur la nature du comportement de ces enfants différents. Sans cet aspect relationnel, il n'y a pas de diagnostic possible, il s'agit maintenant de le penser dans la pratique thérapeutique elle-même.

¹⁰³ L'enjeu est ici de trouver un fondement pour une réflexion critique dans l'hypothèse neurobiologique pour ne pas devoir se rabattre sur une posture idéaliste. Comme nous l'avons souligné ailleurs, remettre en question l'existence du trouble entraîne un lot de souffrance pour celui qui s'en croit atteint et là n'est pas notre intention. Il existe de toute façon suffisamment de latitude dans cette hypothèse pour déplacer certaines interprétations du trouble pour en suggérer une formulation toute différente et qui prend appui sur les constats politiques que nous avons exposés jusqu'à maintenant.

¹⁰⁴ Le concept de monde partagé a été défini dans le contexte du T.D.A.H. dans la section de l'introduction ayant pour titre Les enjeux du T.D.A.H. pour la pensée politique : subjectivité et intersubjectivité en péril.

mondes partagés.¹⁰⁵ Pour ce faire, nous allons partir d'une proposition de Campbell (2011) qui s'affaire à démontrer comment l'approche phénoménologique de la subjectivité biopolitique tend à supposer la vie du sujet avalée par la technique.

The most important concern the effects of technology on the possibility of mankind achieving some sort of essential relation with Being, which then leads to a fundamental distinction between those, on one side, who are mere subjects of communication; those who later will be enrolled among the rank of an *animalitas*; and others who, thanks to a proper writing, are seen as free, individual human beings, capable of "care", and never as mere subjects or persons. (Campbell, 2011 : 15)

La proposition de l'auteur vise à échapper à la tendance qu'il observe dans les réappropriations de concept de biopolitique qui voit dans la technique un mécanisme de discrimination entre une vie authentique, avec toutes les vertus d'une vie humaine, ou une vie dégradée par sa relation à la technique.¹⁰⁶

Pour éviter que la compréhension de la technique soit limitée à un mode de stabilisation du sujet contrôlé et déterminé par cette dernière, Campbell va fonder sa proposition sur une nouvelle relation entre la technique (*technè*) et la vie du sujet (*bios*). Il propose une pratique de l'attention permettant de faire du souci de soi un mode de généalogie de biopouvoir qui affecte et fige le sujet. Comme la compréhension qu'il se fait de l'attention s'appuie sur la phénoménologie de Merleau-Ponty (1945), Campbell décrit une pratique de l'attention comme un phénomène à la fois libérateur et créatif. Rappelons au passage ce qu'entend Merleau-Ponty par le phénomène d'attention :

Même si ce que nous percevons ne répond pas aux propriétés objectives du stimulus, l'hypothèse de constance oblige à admettre que les « sensations normales » sont déjà là. Il faut donc qu'elles

¹⁰⁵ Comme le rappelle Dubé (2015), porter *attention* aux autres est la première phase de la pratique du care pour Joan Tronto. Dubé écrit : «Pour être en mesure de porter attention à autrui, Tronto mentionne le besoin, d'une part, de discerner nos propres besoins (pour savoir distinguer ceux des autres) et, d'autre part, la nécessité de faire preuve de bonne foi en évitant de faire passer trop facilement notre manque d'attention sur le dos de l'ignorance (l'ignorance des besoins de personnes vivant dans un pays éloigné du nôtre par exemple)» (2015 : 32-33). Nous reviendrons bientôt sur cette question dans la prochaine section.

¹⁰⁶ Cette objectification de la vie humaine à travers la perspective biopolitique vient selon lui de l'influence importante de la lecture de Heidegger sur la technique qui serait reprise par Agamben, Esposito et Sloterdijk. Selon Campbell, ces perspectives heideggeriennes sur le sujet biopolitique ne peuvent qu'envisager la biopolitique à l'horizon d'une dérive tanathopolitique.

soient inaperçues, et l'on appellera attention la fonction qui les révèle, comme un projecteur éclaire les objets préexistants dans l'ombre (Merleau-Ponty, 1945: 50).

Selon Campbell, la « pratique de l'attention » comme *technè* doit ouvrir un espace permettant d'affecter les frontières de la subjectivité construite à travers le biopouvoir et la technique de manière à en libérer les potentialités. Il se rapproche de la proposition de Connolly (2002) visant une éthique intersubjective capable de défaire l'individu de ses traces du biopouvoir, nous y reviendrons. L'attention est pour Campbell irréductible à la *technè* puisqu'elle rend manifeste les qualités de la *bios* qui sont l'antidote à ces formes figées et mortifères du sujet qui accompagnent la perspective heideggerienne de la biopolitique. De prime abord, la proposition de Campbell repose sur une capacité attentionnelle qui nous paraît peu compatible avec le problème qui est le nôtre. Premièrement, dans le contexte d'un enfant qui manifeste un déficit d'attention la finalité de la pratique, c'est-à-dire d'avoir assoupli les frontières de la subjectivité, constitue un acte manqué puisque cette dernière peine à s'ériger. Deuxièmement, cette attention repose sur une capacité d'inhibition permettant de diriger cette attention pour en prolonger la durée, c'est justement là le problème du déficit d'attention. Ainsi pensée, la pratique d'attention que propose Campbell demeure problématique puisqu'elle tient pour acquises des facultés cognitives qui ne sont pas assurées et réparties à travers l'ensemble de la population. La proposition ne s'arrête heureusement pas là et la suite permet de dépasser, au moins en partie, le problème de la capacité attentionnelle nécessaire à l'exercice que l'auteur propose.

Pour parler des effets de la pratique d'attention, Campbell propose l'image de l'ouverture d'un *espace*. Il tire de Deleuze et Guattari (1981) le concept d'*heccéité* proposé dans *Mille Plateaux* pour expliquer cette pratique de l'attention. Les deux auteurs définissent le concept ainsi :

Il y a un mode d'individuation très différent de celui d'une personne, d'un sujet, d'une chose ou d'une substance. Nous lui réservons le nom d'*heccéité*. (...) Ce sont des heccéités, en ce sens que tout y est rapport de mouvement et de repos entre molécules ou particules, pouvoir d'affecter et d'être affecté (Deleuze et Guattari, 1980 : 318).

Il s'agit d'un espace de composition relationnel où, selon la perspective des auteurs, l'individu désire se connecter à d'autres machines désirantes. L'individuation n'est pas le fait d'un sujet, mais un agencement où l'individu se compose avec son milieu. Le concept d'héccété permet de penser cette pratique d'attention dans sa dimension spatiale et collective en proposant un mode d'individuation qui passe par les affects et qui place d'emblée le processus dans les termes d'une relation avec le milieu. Campbell en appelle à une éthique de l'attention qui permettrait d'assouplir les rigidités de ces milieux grâce à l'attention portée à sa *bios*. Pour que cet espace relationnel apparaisse, Campbell l'envisage comme une forme de pratique.

A practice of attention as immanent critique would not seize by judging, incorporating, or expelling but would allow on to uncover the relationality inherent in the elements that make up the haecetic space. A capacity is required to hold a perspective on the figures to which one is attending and, so doing, to shift center of gravity to relational side of the series of objects of perception. By holding open the interval between figure and horizon, object and meaning, a space emerge in which to attend to relationality (Campbell, 2011: 148).

Pour le problème qui est le nôtre, cette pratique permettrait aux acteurs du dispositif que nous avons décrit plus tôt d'échapper aux déterminations discursives qui ont permis l'apparition d'une subjectivité T.D.A.H. et la stabilisation de leur rôle envers cette dernière.

En s'appuyant sur Bataille et sur Derrida, Campbell explique que la pratique de l'attention peut prendre une autre forme que celle d'une technique de soi, puisque le *jeu* en tant que pratique d'attention constitue une forme d'expression immanente et créative, dans les mots de l'auteur « a creative reachout », qui n'a pas à procéder par la médiation d'une présence à soi. « This holding apart of figure and horizon has another name, and that is "play" » (idem). Campbell envisage le caractère thérapeutique du jeu chez les jeunes enfants. Il affirme :

He (Winnicott) calls this between space a «space of relief» from the strain of relating inner and outer reality, «an intermediate area of experience which is not challenged», which he will then note as being «in direct continuity with the play area of the small child who is lost in play (ibid : 152)

La capacité à se fondre dans son environnement sans que son expérience soit prise dans les résistances qui sont les marques du pouvoir biopolitique est donc la manière dont Campbell envisage de réconcilier la *technè* et la *bios* pour formuler une biopolitique qui échapperait aux dérives tanathopolitiques. La proposition de cette « position » devient une manière d'envisager un dégagement collectif des rôles qui sont attribués à chacun par le dispositif biopolitique. « Doing so, the self becomes less available to the interpellation of institution by performing less masterfully » (ibid; 155). On peut apprécier le caractère critique de la proposition, cette invitation à performer « less masterfully » ne peut que provoquer des vagues dans le milieu éminemment hiérarchique du champ biopolitique que nous avons décrit jusqu'à présent. Cependant, dans la relation à l'enfant la proposition ne pourrait être plus pertinente. Divers auteurs qui travaillent sur la pratique psychanalytique que Winnicott a développée à propos des enfants le mentionnent, la relation thérapeutique à l'enfant s'établit dans la rencontre des psychismes et qui passe par le jeu, les émotions et où la disponibilité du thérapeute à l'enfant doit mettre à risque le caractère analytique du processus (Gérin-Lajoie, 2000). En d'autres termes, la relation doit passer avant le traitement.

Évidemment, les acteurs du dispositif auraient avantage à envisager leur rôle, si tant est qu'ils sont conscients de ce rôle, de manière moins rigide permettant ainsi de faire diminuer les exigences qu'ils transportent dans l'espace relationnel où ils rencontrent ces enfants différents. Il s'agit là d'une perspective éthique intéressante, le dégagement par la créativité et le jeu est sans aucun doute une expérience permettant de nourrir une forme de légèreté et de souplesse dans les mondes partagés. Au niveau théorique, elle permet d'envisager un processus d'identification non pas simplement en tant que déviant à une forme d'hégémonie discursive, mais possiblement comme un lieu de production discursif alternatif propulsé par la créativité des acteurs. Comme le souligne Butler (2004), l'interpellation qui nous constitue comme sujet montre le rôle fondamental de l'autre dans les processus de subjectivation, ici la créativité partagée libère tous et chacun des rôles qui leur incombent. Chez Campbell, cette interpellation dans le jeu participerait à assouplir ces identités et permettrait d'éviter toute réduction de la biopolitique à une capture de la vie par une technique de soi. Devant cette position théorique intéressante, Campbell demeure

conscient de l'abstraction de sa proposition qu'il tente de conjurer par un appel à une lucidité. « Admittedly, the task of resisting care, and with it, mastery of the self is not an easy one, but that is where the value added of a practice of bios through attention and play might be felt most: in helping us create a breach between care and mastery... » (Campbell, 2011; 156). L'attention, comme une forme d'absorption de soi dans le jeu, transforme les espaces d'heccéité en lieux de recomposition propres à poser un regard critique sur la relation qu'entretient chacun avec le milieu et les régimes de sens qui produisent ces régimes d'expression.

Malheureusement, confrontée avec la réalité que présente la démonstration que nous avons faite du dispositif biopolitique, la manière dont cette brèche pourrait s'opérer demeure de l'ordre de la profession de foi. Très certainement la proposition de Campbell pourrait servir à relativiser l'impératif de participation aux mondes partagés en « jouant le jeu » pour orienter l'espace relationnel et diminuer les exigences de fonctionnalité qui l'accompagnent. L'heccéité comme mode d'individuation expose le caractère collectif de la construction des mondes partagés et pose les bases d'un désengagement des acteurs vis-à-vis d'un dispositif qui travaille à déterminer les relations qu'ils peuvent établir dans leur participation aux architectures mondaines. L'attention sur le trouble qui fait tressaillir les mondes partagés amène inévitablement les acteurs à envisager les dispositions qui président au vivre-ensemble. La perspective phénoménologique de Campbell lui permet une proposition théorique cohérente, certes, mais cette dernière ne dépasse pas la limite d'une éthique individuelle qui malheureusement nous apparaît insuffisante pour infléchir le devenir de la biopolitique.

L'idéal type des groupes virtuels auxquels participent les mères dont les témoignages ont été cités au chapitre 5 constitue autant de traces discursives d'un *éthos* qui pourrait bien servir de point de départ pour notre proposition. Ces traces qui s'ouvrent sur l'intimité de la relation parentale nous montrent parfaitement ce que Sloterdijk (2002) propose, c'est-à-dire un espace intérieur partagé, consubjectif et interintelligent. C'est dans cette intelligence partagée que naissent des pratiques de soins et d'accompagnements qui demeurent le plus souvent invisibles. Le fait qu'elles soient effectuées par des mères plonge

d'innombrables autres soins dans cette condition d'*invisibilité*. C'est dans ces pratiques qui incarnent la promesse d'une aide à l'existence que se montre l'importance de notre question de recherche. Dans la mesure où des enfants différents doivent vivre des processus de prise en charge structurés par des adultes, l'identification au T.D.A.H. mène à ce *topos* marqué par la fragilité d'une position envers laquelle les populations entretiennent des préjugés et où la marque de la folie que devient le diagnostic s'accompagne encore d'un stigmat social (Collin et Suissa, 2009; Bernheim, 2009; Aubert 2012; Rose, 2019). Le territoire discursif auquel l'enfant est assigné par le dispositif doit pouvoir échapper à cette forme de violence et nous partageons ainsi avec Butler l'idée selon laquelle l'espace de resignification doit être contextualisé dans une pratique de démocratie radicale (Butler, 2012 : 254).

La pratique collective de l'attention et ses avenues thérapeutiques

Campbell situe habilement le problème grâce à sa perspective phénoménologique. Il entend échapper à la réification des rapports aux mondes partagés pour éviter des relations purement stratégiques, empreintes de pouvoir. L'évocation de Winnicott lui permet de trouver la contre-patrie à une « technique de la biopolitique » hégémonique dans le phénomène de *jeu*. Pour penser les conditions d'une biopolitique « positive » et penser l'attention dans l'espace d'heccéité, Campbell entend poser les conditions de pensée d'un espace relationnel biodynamique qui permet d'échapper à la propension à l'objectivation des rapports humains. Il explique : « One does not play at something, namely, a game, but with something. In the case of attention as an affirmative practice, we might well say that one plays with the notion of self » (Campbell, 2011 : 149). Nous ajouterons que la notion de soi, pensée à partir de ce que nous avons affirmé plus tôt, ne peut être jouée que dans des contextes d'identification pouvant compter sur la bienveillance des autres acteurs concernés. Nous allons dans le sens de Winnicott qui définit l'environnement comme un ensemble de soins matériel et affectif nécessaire à la thérapeutique chez l'enfant (Caïtucoli, 2005).

La croissance importante de la place du dispositif biopolitique dans le paysage québécois nous a permis de montrer les effets politiques, législatifs, administratifs et

communicationnels de la surveillance et de l'intervention que l'organisation des soins pour le T.D.A.H a entraînés. Les différents stades historiques que nous avons décrits nous permettent d'affirmer que la biopolitique « travaille » le réel pendant de longues périodes de stabilité dans les régimes de savoir du dispositif. Le problème de la thérapeutique biopolitique tel que nous l'avons exposé, c'est qu'elle est entièrement subordonnée aux impératifs fonctionnels qui entraînent la médication en masse des enfants ayant des retards accumulés dans leurs parcours ou à cause de leur impossibilité à trouver le bon rythme dans leur milieu. L'efficacité relative de la médication ne doit pas sous-estimer l'importance de la dimension thérapeutique que certains intervenants peuvent développer avec les cas qu'ils rencontrent.

C'est vers des pratiques moins visibles que nous allons nous tourner pour penser une pratique collective d'attention au devenir commun en tant que pratique thérapeutique. Il s'agirait d'étendre la biopolitique pour en détourner le sens actuel. Pour nous écarter de la recherche médicale et trouver un lieu de rencontre dans une forme d'anthropologie des soins essentiels à la compréhension du potentiel de la biopolitique de l'attention, nous proposons de construire une alternative à travers les pratiques thérapeutiques identifiées par Saillant.

Il s'agirait ici de reconnaître dans le phénomène du pluralisme médical les aspects les moins formalisés des pratiques (la contribution des femmes, leurs soins au quotidien, les rituels profanes) et les plus formalisés (les rituels thérapeutiques qui surviennent ponctuellement ou exceptionnellement dans les champs de l'expertise ou du religieux). On étendrait ainsi le champ d'application du concept de pluralisme médical et on donnerait à l'espace thérapeutique toute son ampleur. (Saillant, 1999 : 37)

Saillant (2000) propose une réorientation épistémologique de l'espace couvert par la technologie pour apporter une attention particulière à des pratiques d'accompagnement qui demeurent invisibles pour le champ de la médecine et de la psychiatrie. Dans un sens similaire, Clerk (2001) rapporte l'importance que jouent les parents dans l'organisation d'une pratique thérapeutique pour Winnicott, Caïtucoli rappelle quant à elle l'importance de l'effet de *holding* dont dépend la stabilité d'une infinie de détails spatiaux pour établir la

relation thérapeutique. Sans aucun doute, l'importance du travail quotidien de soin est fondamentale et prend des formes très variées. Saillant (2000) explique l'importance épistémologique de cet espace dans la compréhension du problème qui est le nôtre. La perspective de l'autrice en est une féministe et elle a le mérite de bien situer un milieu porteur de nouvelle pratique. La chercheuse pose la question des soins de manière à permettre le lien entre la pratique de soin et les pratiques d'identification pour la penser dans une forme intersubjective. L'itinéraire thérapeutique peut s'envisager comme une pratique vivante et non simplement comme une chaîne de surveillance et de contrôle des conduites, un mécanisme de répression. Saillant insiste sur le fait que ces soins sont largement tributaires des femmes, ce qui corrobore les données de notre corpus, mais nous devons encore une fois rappeler que l'intention de la thèse n'est pas ici de montrer que ce genre de soins revient à la femme ni même que les femmes soient, par essence, faites pour prodiguer ce genre de soins.¹⁰⁷ Il s'agit cependant de rendre visible le fait qu'elles soient surreprésentées dans l'effectuation de ce travail.

Il faut ainsi penser le contexte de soin pour le T.D.A.H. de manière à étendre les lieux mêmes de la thérapeutique en exposant ces soins de manière à témoigner des potentiels que renferment ces lieux et leur multiplication, comme l'antipsychiatrie l'a fait à une autre époque en proposant une alternative de soin au modèle hospitalo-centré et une communautarisation des groupes de soin (Guattari, 1972; Fleury et Grenier, 2004). En multipliant les lieux des pratiques de soin, la possibilité d'une construction interdisciplinaire, largement non spécialisée et ancrée dans le quotidien de toutes pratiques de reproduction des mondes partagés, apparaît de manière évidente. Les données que nous avons présentées au chapitre 4 montrent que la dispensation des soins psychiatriques est très concentrée autour des soins spécialisés, notamment de l'hôpital. Faute d'alternatives, dans les milieux de vie des enfants qui souffrent de déficit d'attention, c'est la pilule qui, rappelons-le, porte avec elle toute l'épistémé du système de soin qui se délocalise et structure ces milieux de vie. Tout cela est nécessaire parce que l'adaptation repose sur les

¹⁰⁷ C'est la thèse que soutient Dubé (2015) qui s'appuie sur une démonstration à la fois philosophique et anthropologique pour montrer certaines pratiques qui confirment selon elle la disposition des femmes à se situer dans cet espace relationnel dont dépendent le *care* et les soins qui en découlent. Par le fait même, elle expose les tensions au sein même des théoriciennes du *care* sur cette question.

épaules de l'enfant, or si le déficit attentionnel est celui du milieu lui-même cela a pour effet de renverser le fardeau de l'adaptation sur ces derniers.

Envisagé de la sorte, le *trouble* retrouve un caractère collectif qui permet un détournement de sens au potentiel politique intéressant. Pendant la période étudiée, le contexte néolibéral québécois a fait en sorte de reporter la responsabilité de maladie mentale sur l'enfant différent, et de ses parents, en proposant une réponse pharmacologique à la perturbation que sa présence entraîne. En pensant que chaque action permettant d'agir sur les conditions d'entrée dans les mondes partagés peut jouer un rôle dans le parcours thérapeutique de l'enfant et en réfléchissant au sens positif de ce pluralisme médical, nous souhaitons exposer la manière dont la relation à l'enfance est porteuse, d'un point de vue à la fois politique et social. Il s'agit d'assurer l'extension de cette responsabilité commune, d'influencer les structures de sens qui déterminent la venue-au-monde de l'enfant en valorisant certains soins non spécialisés. Notre proposition demeure d'ailleurs compatible avec l'épistémologie de la recherche en psychiatrie et c'est pour cette raison que notre réflexion peut s'envisager comme une version positive de la biopolitique que nous avons exposée jusqu'à maintenant. Comme le fait remarquer Connolly, la pensée est construite et sujette à une re-disposition dans la texture des mondes partagés capable de modifier le cerveau.

Thinking is not merely involved in knowing, explaining, representing, evaluating and judging. Subsisting within these activities are the inventive and compositional dimension of thinking. To think is to move something. And to modify a pattern of body/brain connections helps to draw habit, a disposition to judgment, or a capacity of action into being (Connolly, 2002: 104).

Envisagée comme un ensemble de soins, cette recomposition des espaces relationnels met en lumière la portée phénoménologique des relations soignantes/soignés à travers les pratiques d'accompagnement.

En prenant au sérieux ce processus d'identification de la différence plutôt que celui de diagnostic, la psychiatrie et les pratiques de soin qui en découlent pourraient permettre un

tournant radical au contexte de soin actuel. Nous sommes d'accord avec ce que souligne Rose à ce propos.

And, in our current cultural climate, the narrative of "it's a disease like any other" almost always implies that this distress arises from an internal pathology, increasingly a brain pathology, that should be treated with medication, rather than pinpointing the experiential roots of the distress in the current and past life of the individual, identifying those that are tractable, and focusing any support on those (Rose, 2019: 189).

Rose propose d'ailleurs une reconfiguration de la pratique de « formulation », et non de diagnostic, où les récits de vie et la construction d'un accord mutuel entre les patients et les soignants permettraient de déterminer les plans de soin.¹⁰⁸ Pour arriver à de telles choses au Québec, il est impératif que l'école multiplie les espaces pouvant accueillir ce genre de relation. Le temps nécessaire à ces rencontres demeure l'obstacle le plus important. Il faut pouvoir penser des lieux de *formulation* pour que se déroulent les pratiques d'accompagnement qui maintiennent et rendent possibles l'espace hecécité nécessaire pour trouver un mode d'être à la différence de l'enfant. Pour maintenir cette ouverture spatiale entre les acteurs qui participent au processus de formulation, il faut penser au moyen d'échapper au fonctionnalisme qui guette le dispositif. Connolly remarque avec justesse que la multiplication d'espaces aux régimes de temporalité variables pourrait permettre d'opérationnaliser la rencontre avec les acteurs du dispositif que nous proposons. « But in a world marked by asymmetrical zones of speed, it is critical that citizen in a variety of walks of life be provided with structural opportunities for periodic escape and retreat from a fast-paced life » (Connolly, 2002: 143). Si la proposition porte essentiellement sur les « citoyens », la solution est pour nous aussi valable pour l'enfant. Il s'agit donc d'insister sur la nécessité de ce pluralisme biopolitique pour pouvoir recomposer les modes d'être de l'enfant différent à partir d'adaptations de l'école, mais aussi de ces acteurs, de manière à insister sur le fait qu'elle demeure un milieu de vie, propre à occuper le temps de l'enfant, aussi bien qu'un lieu de formation.

¹⁰⁸ Cette proposition de faire participer les enfants au diagnostic a déjà été évoquée par Cohen et Morley (2009) dont nous avons discuté dans le chapitre 1. La suite de notre argumentaire va montrer comment cette idée dépasse le formalisme de la proposition que nous jugions prisonnière du paradigme libéral.

C'est là que se situent selon nous les bases du potentiel thérapeutique de ce réseau que nous allons échafauder en nous appuyant sur la perspective de Guattari.¹⁰⁹ Sa pratique de soin se transpose dans la dimension institutionnelle qui accompagne l'existence des groupes où il situe le lien affectif intense qui s'apparente au transfert thérapeutique. Il expose ainsi les bases discursives des opérations signifiantes de ce type de groupe.

Cela devrait nous aider à clarifier cette question du transfert hors du champ strict de l'expérience psychanalytique, je veux dire du transfert dans le groupe, du transfert institutionnel. Dans la mesure où l'on peut considérer que le groupe, lui aussi, est « structuré comme un langage » — pour transposer une formule de Lacan sur l'inconscient — alors peut-être poser la question de savoir comment il parle, et d'abord s'il est légitime de considérer qu'il ait un accès à la parole. Un groupe peut-il être sujet ou non de son énonciation? À titre conscient ou inconscient? (Guattari, 1972 : 52)

Cette réflexivité se construit sur les pratiques analytiques collectives que Guattari situe en dehors de la relation médecin/patient. Cette pratique analytique ne peut s'effectuer que dans un contexte de *transversalité* qui institue un dialogue en lieu et place de structures sociales qui ne fonctionnaient que dans le sens d'un rituel. L'objectif est d'arriver à rendre évidentes les structures d'énonciation sociales que permet le groupe. Le contexte largement institué que nous avons décrit à propos du diagnostic de T.D.A.H., à travers les savoirs et la division du travail du dispositif biopolitique, est propice à ce genre de retournement thérapeutique par le retour au groupe.

Mais dès que le groupe devient sujet de son destin, dès qu'il assume sa propre finitude, sa propre mort, alors les données d'accueil du surmoi sont modifiées, le seuil du complexe de castration, spécifique d'un ordre social donné, peut être localement modifié. On est dans le groupe non pour cacher du désir et de la mort, engagé dans un procès collectif d'obsessionnalisation, mais en raison d'un problème particulier, non pour l'éternité, mais à titre transitoire : c'est ce que j'ai appelé la structure de *transversalité*. (Guattari, 1972 : 54).

¹⁰⁹ Il faut rappeler que Guattari, en plus de son engagement politique et philosophique, est médecin psychiatre. Tout son engagement à la fois dans les luttes théoriques qu'il mènera, particulièrement dans ces écrits avec Gilles Deleuze, et dans sa pratique de soin, pensons ici à l'expérience de La Borde, est marqué par des valeurs démocratique et égalitaire.

Pour ce faire, il faut que les adultes qui veillent à la gestion des enfants deviennent les agents de conscientisation des modes d'exigences du groupe pour arriver à créer les conditions d'un « groupe sujet », pour reprendre le concept de Guattari, capable d'instaurer des modifications à son contexte d'énonciation. Cette manière de porter l'attention sur le trouble qu'occasionne le comportement d'un individu est la meilleure avenue pour tirer parti de cette relation à la différence. C'est justement pour éviter de résumer le diagnostic à une fin en soi et pour étendre l'espace thérapeutique que la pratique de soin doit se penser à partir des groupes. Le contexte scolaire est en ce sens propice à ce genre de pratique puisqu'il s'organise déjà en groupe d'enfants. Pour reprendre la proposition de Campbell, jouer de l'attention pour multiplier les possibilités de détente d'un surmoi veillant à l'inscription des enfants différents dans les mondes partagés c'est aussi articuler les conditions d'une critique collective de ces milieux de vie.

Pour que se multiplient les espaces de formulation de l'enfant différent, le déficit d'attention doit permettre d'être posé à travers le contexte du groupe qui en subit les symptômes. Posé en tant que symptôme social, le déficit d'attention permettrait de rendre les impératifs fonctionnels liés au mode d'être du groupe conscient à travers le processus de formulation qui ne peut qu'être vécu dans un contexte de transversalité. Dans leurs incapacités et/ou dans leur refus de participer aux mondes partagés, ces enfants différents attirent notre attention sur les moyens du pouvoir et sur son entreprise stratégique dans la gestion des populations. Pour donner un sens politique à la pratique de soin telle que nous venons de la présenter, il faut que les acteurs responsables de cette pratique de *care* jouent un rôle particulier, celui de faire du processus de formulation de la différence de l'enfant un moment existentiel dans l'histoire du groupe qui permet de mettre en lumière les mécanismes de pouvoir qu'il cultive et entraîne. Pour reprendre les mots de Butler, il faut mettre en évidence le fait que « ... la norme nous lie, mais aussi comme ce qui crée l'unité que par une stratégie d'exclusion » (Butler, 2008 : 236). D'un point de vue pratique, une telle pratique des soins n'est possible que si une forme de mobilité dans les régimes de temporalité est possible, si, comme l'explique Connolly, l'enfant différent peut échapper à des contextes d'exclusion et que les groupes arrivent à re-poser les conditions de leur existence à partir d'autres impératifs de fonctionnalité. Il ne s'agit pas de suggérer la fin des

classes, mais de proposer la multiplication d'autres espaces où l'enfant différent peut participer à la dynamique de groupe.

Du souci des autres au souci de soi

La liberté sur laquelle la biopolitique s'appuie s'en trouve déterminée, au moins en partie, par le monde des choses qui se présentent de manière préconsciente dans l'expérience de l'individu. C'est ce que nous permet d'affirmer le récit que nous avons fait de la biopolitique au Québec et qui reste cohérent avec les régimes de vérité qui ont propulsé quatre lettres au statut d'un diagnostic de santé mentale, T.D.A.H. La différence « apparaît » en tant qu'objet de connaissance à partir du moment où elle entraîne des symptômes persistants et problématiques pour le vivre ensemble. Ainsi figée dans les termes d'une analyse de discours, la biopolitique que nous avons décrite a montré le caractère réifié de ces mécanismes de la reproduction sociale et la minceur de cette promesse d'une amélioration du monde finalement prise au sérieux seulement dans sa vocation d'amélioration des conditions d'entrée dans le marché du travail. Ces stratégies d'intervention au nom de la population, dans le dessein d'organiser un capital « bio » dans le but d'en extraire un certain rendement (Marx, 1985; Rose, 2007).

En tant que manifestation d'une puissance informante (Foucault, 2004a), la biopolitique permet de penser des mécanismes de sécurité s'articulant grâce à une conjoncture entre différents discours scientifiques qui manifeste une puissance de signification au caractère hégémonique, essentiellement autour des sciences de l'homme et des objets qu'elles créent. Le dispositif sur lequel se développe et se structure la biopolitique est donc continuellement orienté de manière à fournir les moyens de répondre par des stratégies à ces problèmes, c'est ainsi que se décident les hiérarchies entre les acteurs, à partir de l'utilité de leur connaissance dans cette gestion. La place qui revient à la biopolitique dans la reproduction sociale repose d'emblée sur cette forme de « négativité » dont Foucault parle déjà dans *Naissance de la clinique*.

Si les sciences de l'homme sont apparues dans le prolongement des sciences de la vie, c'est peut-être parce qu'elles étaient biologiquement sous-tendues, mais c'est aussi parce qu'elles l'étaient

médicalement : sans doute par transfert, importation et souvent métaphore, les sciences de l'homme ont utilisé des concepts formés par les biologistes; mais l'objet même qu'elles se donnaient (l'homme, ses conduites, ses réalisations individuelles et sociales) se donnait donc un champ partagé selon le principe du normal et du pathologique. D'où le caractère singulier des sciences de l'homme, impossible à détacher de la négativité où elles sont apparues, mais liées aussi à la positivité qu'elles situent, implicitement, comme norme (Foucault, 1972: 36).

La norme se manifeste à travers l'ordre du discours et nous avons vu que le discours de T.D.A.H. naît dans cet espace que le projet de la modernité, indissociable pour nous de cette prise en charge technique de la reproduction sociale, doit cultiver les réquisits sociaux sur lesquels se sont posées ces institutions politiques. C'est sur cette promesse de liberté que se structure le champ des possibles, parce que la liberté vient toujours après l'intervention des forces organisées de la modernité. Que ce soit à travers la proposition controversée que la modernité se construise comme un « parc humain » (Sloterdijk, 2010) ou comme nous l'avons montré à travers l'école, les forces que les sociétés exercent sur elles-mêmes et sur les individus de manière à les disposer et à en faire des vecteurs d'amélioration du monde sont les conditions de possibilité des institutions libérales qui marquent l'aboutissement de ce projet moderne. Nous avons proposé de penser une reconfiguration de cette fonction qui s'appuierait sur les mêmes hypothèses que celles qui ont produit la biopolitique qui entoure le discours sur le T.D.A.H. et qui permettrait de penser d'autres moyens thérapeutiques.

Ainsi, nous avons reconstitué les récits de l'espace virtuel pour apprécier la réalité du travail de reproduction, l'importance de la mère et largement de la parentalité pour proposer un déplacement des instruments de l'État de manière à désinvestir massivement dans la médicalisation de la jeunesse et dans la multiplication des milieux de vie pour les enfants. Il n'y a pas meilleur lieu pour encourager une pratique relationnelle qui arrive à se détacher des impératifs de fonctionnalité qui fixent l'horizon de sens dans laquelle la biopolitique devient intelligible. Libérer les pratiques de soins et d'accompagnement, que nous avons exposées plus haut, des pressions qui accompagnent la réalité économique qui la sous-tend serait le meilleur moyen d'assurer de travailler adéquatement sur les conditions de possibilité du vivre ensemble. Pour l'adulte, établir une relation avec l'enfant

par le jeu provoque un déplacement de registre dans l'expérience des mondes partagés qui permet de revoir la structure de signification de l'action collective. Pour étendre les lieux de soin à l'espace relationnel, il faut travailler à libérer le temps et le travail des acteurs pour rendre possible leur action qui apparaît en premier lieu comme une résistance vis-à-vis de l'hégémon culturel que nous avons décrit jusqu'à maintenant de manière à maintenir ouverte la dynamique d'inscription dans les mondes partagés. Pensé collectivement, le déficit d'attention replace au cœur même des pratiques de soins la « force productive » dont parle Negri. Il décrit la filiation qu'il attribue à cette position et à son rôle dans l'histoire de la philosophie moderne :

Tel est donc le filon central de la philosophie moderne : la mystification du marché se fait utopie du développement. En face, la rupture spinoziste — mais déjà celle opérée par Machiavel, et plus tard consacrée par Marx. La désutopie du marché se fait alors affirmation de la force productive, considérée comme terrain de la libération. On n'insistera jamais assez sur cette alternative immanente et possible inscrite dans l'histoire de la pensée occidentale : c'est sa marque d'honneur, l'autre tendance étant frappée du sceau de l'infamie. (...) Le marché est superstition. Mais superstition destinée à détruire la créativité de l'homme, à créer de la peur contre la force productive, à entraver et à bloquer la constitution de la libération (Negri, 2007 : 333).

Il est évident qu'il n'y a pas meilleur espace que la relation à l'enfant pour mettre à mal cette superstition envers le marché, qui comme on l'a vu, hante le dispositif biopolitique. Comme le mentionne Clerk à propos des difficultés qui accompagnent l'analyste psychanalytique qui travaille avec les enfants, l'interaction que nécessite l'établissement d'un lien avec l'enfant menace la posture de thérapeute qui devient partie prenante au monde de l'enfant. L'enjeu est de demeurer conscient des aspects transférentiels, et donc nécessaires à la thérapie, malgré son implication avec l'enfant (Clerk, 2000 : 77). Ce *va-et-vient* entre la posture de l'analyste et celui du participant au monde de l'enfant nous semble comporter une pratique éthique incarnée dans l'espace d'une relation qui déborde une perspective libérale et contractuelle de la relation intersubjective.

Ce qui se cache dans cet espace invisible de soins quotidiens est beaucoup plus qu'une relation entre soignants/soignés. D'abord, c'est un travail de soin que peut fournir tout

adulte en position d'autorité, c'est-à-dire d'être en mesure d'influencer l'espace de la relation et de la mettre en scène. C'est de l'intérieur de ces pratiques qu'il faut que se développent des discours de vérité pour que se construisent les conditions de possibilité de la constitution de la libération dont parle Negri, c'est-à-dire une pratique pouvant échapper à la mystification et à son grand mal métaphysique, la raison instrumentale. Dubé situe bien la forme de pouvoir qui accompagne cette relation :

Nous parlerons du pouvoir relationnel, entendant par cela l'ensemble des capacités sociales et vitales émergeant de la relation véritable, relation que nous aurons admise comme relevant de la sollicitude. Puisque le monde est vulnérable et la panoplie des êtres interdépendants, puisque les relations sont ainsi constitutives de l'existence et que le care est à la fois ce qui éveille, incarne, permet et protège les relations, nous verrons dans le care ce qui rend capable d'être en étant-avec (2015 : 127-128).

Tel qu'il nous a été donné à voir et à analyser, ce pouvoir se manifeste en premier lieu des mères et ensuite de tous les autres liens parentaux qui se manifestent dans la vie des enfants. C'est dans cette sensibilité à la différence de l'enfant, dans cette volonté de savoir, qu'il faut puiser les nouveaux régimes de vérité permettant de détourner la biopolitique. C'est dans la transversalité de la rencontre que la différence et le potentiel de ce détournement prend la forme d'un courage de la vérité. Il faut se le dire, il s'agit là d'une tâche politique essentielle. Comme le dit Foucault, c'est

dans la *parrêsia*, quel que soit le caractère habituel, familial, quasi institutionnalisé de la situation où elle s'effectue, ce qui fait la parrêsia, c'est que l'introduction du discours vrai détermine une situation ouverte, ou plutôt ouvre la situation et rend possible un certain nombre d'effets qui précisément ne sont pas connus. La parrêsia ne produit pas un effet codé, elle ouvre un risque indéterminé (Foucault, 2008 : 60).

Seulement, dans ce type de relation, peut-on rencontrer l'enfant sans que sa différence donne lieu à une formulation immédiate par le dispositif qui reste incapable de laisser être la différence pour ce qu'elle est, soit une manifestation de l'enfance dont nous pourrions profiter pour nous sortir de l'hégémon véhiculé par nos mondes partagés? C'est là où la thérapeutique rejoint le politique. Le détour par l'enfance est le moyen sûr de cette altérité

qui constitue un passage à d'autres rythmes permettant d'entretenir d'autres régimes de sens. Comme le disait Foucault dans les dernières phrases de son cours de 1984 : « Il n'y a pas d'instauration de la vérité sans une position essentielle de l'altérité. La vérité, ce n'est jamais le même. Il ne peut y avoir de vérité que dans la forme de l'autre monde et de la vie autre » (Foucault, 2009 : 311). Nous avons exposé ce courage de vivre autrement chez ces parents qui accompagnent les enfants différents dans leur parcours de soin et c'est là que la biopolitique pourrait donner ses plus beaux fruits si elle permettait de donner l'espace nécessaire à l'allègement des impératifs de leurs mondes partagés.

Mais pour jouer le jeu et accepter de courir le risque dont parle Foucault, il faut que les acteurs du dispositif puissent s'extraire eux-mêmes des impératifs qu'ils portent et qu'ils transmettent aux enfants. Concrètement, la mise en place de ces espaces dans le contexte scolaire n'est pas évidente. Le travail des chercheurs regroupés autour de Maurice Tardif (2002, 2003, 2010, 2013, 2017) montre comment la division du travail éducatif, à travers la multiplication des acteurs dans le réseau scolaire, entraîne des difficultés de cohésion. Pourtant, la multiplication des espaces relationnels qui accompagnent l'apparition des nouveaux acteurs du réseau scolaire (éducatrice spécialisée, technicienne en loisir, etc.) s'instaure de manière segmentée. En fait, le réseau scolaire demeure très hiérarchique (Tardif et Levasseur, 2013; Tardif et coll., 2017) ce qui complique la reformulation que nous suggérons à propos du déficit d'attention et l'approche d'une pratique de *care* au sein des groupes d'enfants eux-mêmes. Jusque dans les espaces de loisirs qui naissent à l'école, le corps professoral oppose une résistance aux acteurs du réseau qui ne sont pas enseignants. C'est ce que démontrent Tardif et coll. (2017) qui soulignent comment la relation entre les enseignants et les techniciens en loisirs (TEL) en contexte scolaire est tendue, les premiers étant réticents à reconnaître leur rôle et la nécessité d'un espace de loisirs à l'école. Les auteurs montrent qu'« (...) il n'y a pas lieu de parler de collaboration entre les enseignants et les TELs, celle-ci a souvent un caractère asymétrique. En clair, une catégorie d'enseignants méprisent ou dénigrent les loisirs, d'autres, les TELs eux-mêmes, et d'autres encore refusent de s'engager dans les loisirs » (Tardif et Levasseur, dans Tardif et coll., 2017 : 29). Ce portrait montre encore une fois la difficulté de transformer l'école et d'extraire ses acteurs des impératifs qui sont les leurs.

Conclusion

Retour sur la question de recherche et le chemin parcouru

Rappelons pour terminer le chemin parcouru avant d'exposer les limites de notre thèse et d'insister sur les éléments les plus forts de notre analyse. La mise en récit de la place de l'instruction obligatoire a permis d'établir une forme de syntaxe spatiale où des systèmes de savoirs se déploient à la poursuite d'occasions à intervenir auprès des enfants différents de manière à en favoriser leurs conditions de socialisation. Dans le contexte particulier du Québec, certaines *formations discursives* sont arrivées à déterminer le champ d'énonciation de la différence en déterminant qui possèdent les compétences propres à la signification. C'est grâce à eux que le dispositif biopolitique se construit, sur l'analyse des mécanismes de véridiction des différents champs de connaissance qui interviennent sur ce problème à l'école. Interprété à la lumière du travail de recherche de Foucault au Collège de France, l'espace biopolitique s'est avéré fécond pour trouver, dans ces luttes pour la signification, le pouvoir sur les corps de l'État libéral.

Nous avons montré la longue histoire de l'institutionnalisation dans les appareils d'État québécois d'un dispositif d'intervention sur la population, un travail de nature sociale et politique dont on sous-évalue l'importance à notre avis. Notre hypothèse s'est démontrée tout au long des chapitres. En dernière instance, ce sont les impératifs économiques qui déterminent les limites d'action de l'État libéral et de la multiplicité d'acteurs qu'il fait graviter autour d'elle. L'ordre du discours s'est construit autour de cet hégémon et nous l'avons montré à l'œuvre partout dans la thèse. Pour nous, l'école est l'institution par excellence de l'État libéral qui veille au travail de reproduction sociale et dont nous avons souligné les limites à de nombreuses reprises. Rendre sa fréquentation obligatoire a nécessité d'organiser cet espace où les sciences de l'homme se sont positionnées comme des acteurs incontournables de la rationalité gouvernementale libérale. D'ailleurs, c'est dans le caractère obligatoire de la fréquentation de l'école et dans son élargissement constant qui a fait émerger le problème a été le nôtre, celui de l'enfant différent. Les

transformations de l'espace scolaire à partir de différentes *épistémès* ont consolidé le dispositif de T.D.A.H. de manière à exposer comment différents régimes de vérité à travers l'histoire se sont rencontrés pour produire des régimes de sens dominant qui allait déterminer les moyens biopolitiques. Nous avons constaté comment la catégorie d'enfant différent avait une réalité sociale qui est intimement liée à l'histoire de l'instruction obligatoire et à l'élargissement des droits des enfants. La généalogie biopolitique à montrer les limites de l'État dans son rapport à la signification qu'elle ne contrôle pas entièrement. Les mécanismes de véridiction sont relativement indépendants de l'État libéral sans pouvoir s'en dégager complètement. Le récit montre donc les luttes pour cette signification, différents régimes de vérité pour que s'organise à l'échelle de la population une intervention auprès des enfants différents.

Certaines *formations discursives* sont arrivées à déterminer le devenir du champ d'énonciation de la différence à travers l'histoire en déterminant qui possèdent les compétences pour l'identifier et la qualifier. Ces acteurs nous les avons décrits et organisés en groupe pour montrer leurs relations. L'inscription du T.D.A.H. dans le discours social a été possible grâce à la mise en place d'un langage commun dans lequel s'est organisé ce pouvoir biopolitique et s'est structuré le problème à résoudre, celui de l'anti-socialité qu'entraîne la différence de l'enfant. Nous avons exposé différents régimes de surveillance qui ont des intensités variables d'intervention et qui ont réussi à montrer l'étendue de l'intervention. Les importantes différences de contexte de soin montrent les variations dans la manière dont ces cas sont pris en charge par le dispositif et à quel point son travail est important. Le diagnostic posé en clinique privée n'a évidemment pas le même sens que celui qui survient en centre jeunesse. L'institutionnalisation de la pratique biopolitique de T.D.A.H. oscille entre la virtuosité du dispositif à pouvoir varier les rythmes des corps grâce à une variété de remèdes pharmacologiques et sa dérive sécuritaire dans l'escalade thérapeutique.

Pour montrer comment se manifeste ce pouvoir sur la vie et donner un sens à la multiplicité de l'expérience T.D.A.H., nous avons voulu lui donner la parole. Entre 1997-2015, nous avons constaté que les mécanismes de véridiction devaient composer avec un nouvel

espace de production qui a changé le mode de production du sens du dispositif de la biopolitique. L'apparition des médias sociaux a des conséquences irréversibles pour l'organisation sociale et politique des groupes comme celui que nous avons étudié. Encore une virtualité durant la période étudiée, ces groupes peupleront les paysages biopolitiques tant et aussi longtemps qu'ils permettront de relier les gens. Les mères d'enfant T.D.A.H. et leur présence virtuelle transforment les vecteurs de circulation de l'information et donc de vérification du T.D.A.H.. Jamais très loin de l'ordre du discours avec lequel elles s'autorisent à parler, elles permettent de constater comment se réconcilie concrètement leur position vulnérable devant un pouvoir qui les menace et les préserve. Nous avons qualifié de *sodalité* le lien qui unit les participantes pour montrer un idéal type de l'interaction virtuelle de ces acteurs. L'archive ainsi produite retrace les premiers pas de ce phénomène culturel aux conséquences pour l'ordre du discours qui restent difficile à mesurer encore aujourd'hui. C'est ainsi que nous avons décrit les deux spectres opposés que peuvent prendre les pratiques de soins du T.D.A.H. D'un côté des pratiques structurées qui s'appuient sur la performativité du dispositif discursif, de l'autre un espace d'une égalité virtuelle possible grâce à ce nouvel ordre du discours. C'est ce qui nous a amenés à réfléchir à une proposition théorique permettant de poser le problème de déficit d'attention de manière sociale pour mettre en valeur les aspects relationnels du vivre-ensemble et donner une formulation politique à des pratiques de soin qui pourraient modifier la reproduction sociale.

Le caractère brutal et froid que revêt l'État libéral dans le contexte du capitalisme assure qu'une logique instrumentale préside à son intervention politique, plus particulièrement dans le domaine scolaire. Il fallait le rappeler pour pouvoir en penser les conditions de sortie qui sont, comme on l'a vu, dans un travail social immanent, invisible et inestimable qui nous revient à tous.

Les limites de la thèse

Nous voulons maintenant soulever certaines limites qui sont inhérentes à la thèse telle que nous l'avons soutenue. Elles sont de deux ordres : d'abord l'objet de la recherche et la méthode elle-même.

L'objet de la recherche, l'enfant différent, peut paraître éloigné des considérations traditionnelles de la science politique. Il s'agit après tout d'un phénomène périphérique par rapport au pouvoir de l'État s'il veut saisir de son pouvoir les enfants de sa population, il ne peut le faire qu'à travers une série d'acteurs intermédiaires (parents, prof, etc.) et de manière indirecte alors que son autorité n'arrivera jamais à sa pleine résolution. Une fonction de l'État au caractère homéopathique et qu'a relevé une série de discontinuités dans l'ordre du discours. Impossible d'en établir la responsabilité à qui que ce soit, inutile pour qui veut trouver le responsable politique de cette gouverne à travers le temps. La biopolitique dont nous avons fait le récit se fige dans les structures de savoir-pouvoir que la thèse a identifié pour rendre possible une réflexion historique sur le ménagement de l'enfant dans l'espace scolaire. De la matière certes pour plusieurs champs de savoir allant de la pédagogie à la médecine, en passant par le travail social et les politiques publiques et sans oublier la pensée politique et la philosophie.

Une autre limite qui vient de l'objet de la thèse se trouve dans la catégorie même de *l'enfant différent* qui sert finalement de moteur à une entreprise d'intégration sociale héritée de la modernité politique et de ses institutions. Il est évident que la différence a plusieurs visages et ne peut se résumer à une catégorie unique qui aurait pu faire l'objet d'une appréciation différenciée. Cela entraîne l'impression d'avoir affaire à une différence qui résume sa diversité dans un trouble unique à la croisée du politique et de la santé publique. Nous sommes conscients de l'effet que produit cette utilisation indifférenciée de l'enfant différent et nous ne prétendons en aucun cas que le T.D.A.H. résume à lui seul cette différence. Pour un lecteur imprudent, il serait possible d'interpréter l'exposer du dispositif biopolitique fait dans la thèse comme la synthèse historique d'un problème politique lointain et qui trouverait sa résolution, aujourd'hui finale, d'utiliser les moyens pharmacologiques pour assurer le fonctionnement adéquat du cerveau. En d'autres mots, tous ces problèmes qui se résument dans cette solution unique. Pour celui qui n'est pas attentif aux limites d'une analyse de discours, l'écho d'un objet qui persiste dans l'histoire peut donner lieu au fantasme d'un *signifiant* qui l'organise. Nous pensons avoir été très prudents tout au long de la thèse pour bien guider le lecteur en dehors de cette interprétation.

Les limites de notre thèse qui sont induites par l'objet de recherche sont pour nous acceptables tant et aussi longtemps que le lecteur les a bien saisies. Le choix de suivre un objet dans le temps nous a permis de donner une cohérence, malgré leur hétérogénéité, à différents matériaux discursifs que nous avons soumis à notre analyse de discours. Certaines limites sont aussi inhérentes à la méthode que nous avons utilisée et nous voulons bien les expliquer ici. D'abord, pour une thèse en pensée politique, on peut dire que le traitement que nous avons fait de certains des auteurs peut paraître trop rapide. On se serait attendu à voir un traitement extensif de la place de l'enfant dans l'œuvre de Marx par exemple et non simplement de souligner certains passages du *Capital* aussi importants et originaux soient-ils. Ensuite, l'approche généalogique comporte des limites puisqu'elle ne vise pas à produire une histoire complète qui restitue une cohésion à l'ensemble des événements. Elle cherche plutôt à bien étudier les mécanismes de production de vérité en exposant les moments de la rupture et de discontinuité. L'histoire que nous avons faite de l'instruction obligatoire demeure ainsi intimement liée à notre objet et laisse dans le noir de nombreux aspects qui auraient pu faire l'objet d'une analyse historique plus précise. En choisissant les événements qui sont pour nous les plus pertinents dans les stabilisations des régimes de vérité et en insistant sur le rôle de l'État dans ces moments, notre récit historique demeure évidemment partiel. Le choix que nous avons fait de poser le problème dans le cadre de l'État libéral, en tant qu'institution prenant naissance dans l'ordre capitaliste, a réduit l'analyse à certaines interactions privilégiées entre les structures de l'État et les mécanismes de véridiction. Nous en sommes bien conscients.

Certains demanderont pourquoi avoir inclus les données de la RAMQ à une analyse de discours? La mise en récit de ces codes d'actes, de ces marques de commerce est évidemment bien loin des témoignages que nous avons analysés au chapitre 5. À notre avis, ces données parlent, elles sont la manifestation de la biopolitique et notre analyse de discours leur a donné un sens discursif, d'abord comme un point de dispersion des régimes de vérité entourant le T.D.A.H., mais surtout en montrant son contexte et en laissant deviner sa surface d'inscription (le corps de l'enfant différent). Certains diront que l'analyse quantitative aurait pu aller plus loin, en traitant de manière plus pointue les variations de

région en région, en croisant les données avec d'autres bases de données, etc., mais nous avons choisi de présenter ces données dans leur étendue, de façon presque brute. Pour certains, ce choix limite les interprétations à leur donner et ne permet pas de comprendre pourquoi cette croissance de la médication. Or cette interprétation n'est pas tellement importante pour répondre au comment cette croissance est possible et c'est cela qui nous intéressait. Il fallait laisser parler les données pour éviter de donner toute la place à des interprétations qui auraient eu tendance à nous éloigner de la redoutable matérialité du dispositif.

De la même manière, la démarche du cinquième chapitre aurait pu à elle seule faire l'objet d'une démarche de recherche qui lui aurait été entièrement dédiée. Qu'il aurait mieux valu procéder à des entrevues et organiser une collecte de témoignages mieux construite. Certains diront que le corpus à l'étude est trop mince. C'est vrai que nous l'avons choisi à cause de son caractère rare et exceptionnel. D'autres se demanderont l'utilité de ce corpus constitué de témoignages le plus souvent mal écrits, parfois difficile à comprendre. Quelle est la place de cette parole ordinaire dans une thèse? Il s'agit pour nous de la force de la thèse qui laisse de l'espace à l'autre et qui lui laisse montrer son caractère autonome et critique dans bien des cas. Il est évident que de montrer la réalité telle qu'elle était pour nous une façon d'éviter que la thèse ne devienne un instrument d'objectification de ces témoignages. Leur caractère cru aura permis de montrer la réalité telle qu'elle est et de préparer le lecteur à un exercice de réflexion ancré dans la matérialité de son objet d'étude, le T.D.A.H.

Enfin, certains pourraient se poser la question de savoir pourquoi le dernier chapitre de la thèse semble rompre avec la prudence inhérente à la méthode qui a prévalu tout au long de la thèse qui se voulait résolument matérialiste. Cette réconciliation entre le politique et la thérapeutique, son penchant théorique fait que la proposition peut prendre un caractère naïf. L'ambition de dégager les conditions d'une pensée théorique compatible avec la réalité et non simplement de spéculer sur une sortie de l'hégémon que nous avons décrit donne encore une fois un caractère partiel au dernier chapitre. La proposition de soin aurait pu se construire sur une analyse complète de l'œuvre de Guattari qu'elle aurait pu situer par

rapport à d'autres psychanalystes, particulièrement ceux qui pratiquent auprès des enfants. Au lieu de cela, c'est une pratique éthique et politique qui devient le vecteur de la thérapeutique, un psychiatre serait certainement suspect de cette proposition. Pourtant, la proposition a des racines profondes dans l'analyse politique des sociétés comme nous l'avons montré et elle est certainement une voie importante à considérer pour l'avenir de nos sociétés.

La contribution à la recherche

La contribution de la thèse ne réside donc pas dans l'unité qu'elle aurait caractérisée, mais dans la multiplicité qu'elle donne à voir. En choisissant d'étudier ce pouvoir sur la vie autour de l'objet particulier qu'est l'enfant différent, nous avons mis à l'avant-plan l'importance indéniable du travail social nécessaire à la reproduction sociale. La gouvernamentalité biopolitique du T.D.A.H. a joué une fonction systémique majeure dans la reconduction des institutions sociales entre 1997 et 2015. En cela, l'école n'a pas réellement réussi à se dégager des impératifs qui l'ont mis au monde, mais elle s'est très certainement complexifiée, c'est ce qui la rend tout à fait significative dans la présentation que nous en avons faite. À travers des micro-pouvoirs qui s'organisent pour régir les mécanismes de reproduction, la société s'organise grâce à une gestion politique des populations. La thèse a permis de montrer l'importance historique de l'institution scolaire tout en montrant par quelle nécessité elle s'était ainsi organisée. Cette *volonté de savoir* qui prend pour objet les conditions de possibilité du vivre-ensemble, de manière à les étendre ou les faciliter, joue un rôle historique et politique dont il fallait absolument souligner l'importance. Nous pensons avoir fourni les éléments analytiques nécessaires pour permettre aux chercheurs dans le domaine des politiques en éducation et même en santé mentale de prendre au sérieux les déterminants politiques des problèmes qui sont les leurs de manière à assurer que la recherche conserve une autonomie sur le réel et un caractère critique vis-à-vis des moyens dont elle dispose. Cette contribution n'est pas la moindre puisqu'elle pourrait générer plusieurs recherches similaires et participer à cette lutte pour le pouvoir, cette lutte pour la vérité qui anime la recherche et qui nous positionne dans son champ.

Il ne fait aucun doute que les données qui sont rendues disponibles dans la thèse peuvent permettre de lancer plusieurs recherches importantes en science sociale. La question de la médication du T.D.A.H., de son organisation et de ses disparités régionales devrait faire l'objet de recherches plus approfondies, notamment pour évaluer les effets des milieux de vie sur la propension à médicamenter les enfants. La poursuite du travail d'analyse de témoignages pourrait permettre des contributions importantes pour mieux connaître les manifestations de ce pouvoir sur la vie dont l'importance politique est indéniable. Ce pouvoir est pour nous bien plus important et intéressant pour la pensée politique que le pouvoir de l'État. Nous pensons avoir contribué de manière originale à le rappeler en démontrant l'importance que revêt la pratique de création de lien social qui est la condition nécessaire à toute société politique. Bien avant l'État, le monde politique se construit en dessous et à côté de lui avant d'être pénétré de toute part par le pouvoir qui se manifeste grâce à lui. Sans aucun doute, cette perspective doit attirer l'attention des chercheurs sur des phénomènes trop souvent ignorés en pensée politique.

Enfin, grâce à un protocole éthique rigoureux, il pourrait être intéressant de développer la collecte de témoignages de manière à l'enrichir de toutes autres traces de cette technologie de pouvoir biopolitique. Des récits de vie, des récits de parcours soin révéleraient la texture à laquelle les corps sont soumis dans cette mise en forme rendue possible par la *volonté de savoir* qui bâtit ce pouvoir biopolitique. Ainsi marqué jusque dans leur corps, le témoignage de ces individus serait un matériau précieux permettant de poursuivre l'analyse de ce biopouvoir et de son influence sur les architectures mondaines. Peut-être y a-t-il là une démarche de recherche en science sociale qui se rapprocherait d'une pratique de soin, à la fois politique et morale, et pouvant contribuer à l'amélioration générale dans la société. Un travail politique indéniable qui fabrique du tissu social et qui nourrit le vivre-ensemble. Un travail politique qui fait de nous des humains, liés entre eux par leur participation aux mondes partagés, et qui nous permet, au moins théoriquement, d'échapper à la raison instrumentale qui guette nos relations.

Bibliographie presse écrite

- (9 mai 1988). Une nuée de psys s'abat sur Montréal; le congrès de l'Association psychiatrique américaine attire plus de 13 000 personnes. *La Presse*, p. A3.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 880 509-LA-013>
- (30 octobre 1989). Un orthopédaogogue dénonce la facilité de se procurer des ordonnances de Ritalin; sa condamnation n'est pas unanime chez les psychologues. *La Presse*, p. A5.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 891 030-LA-018>
- (12 février 1992). Une thérapie proposée pour les problèmes des enfants hyperactifs. *La Presse*, p. E6..
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 920 212-LA-111>
- (23 novembre 1992). Ces « petits monstres » sont en fait des petits malades. *La Presse*, p. A4..
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 921 123-LA-017>
- (30 décembre 1994). Des doutes sur le Ritalin. *Le Devoir*, p. A8.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 941 230-LE-041>
- (27 février 1997). Les enfants négligés sont légion. *Le Devoir*, p. A3.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 970 227-LE-016>
- (20 mars 1997). Le côté lumineux des troubles d'apprentissage. *Le Droit*, p. 16.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 970 320-LT-025>
- (29 mai 1998). Landry corrige les chiffres au sujet du Ritalin. *Le Devoir*, p. A2.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 529-LE-008>
- (2 juin 1998). La pilule facile à donner? *Le Soleil*, p. B6.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 602-LS-093>
- (4 juin 1998). Les fous du Ritalin. *La Presse*, p. B2.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 604-LA-058>
- (10 octobre 1998). Enfants hyperactifs : le Ritalin à lui seul ne suffit pas. *Le Droit*, p. A37.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 010-LT-020>
- (3 novembre 1998). Prescriptions de Ritalin à la hausse : le ministère de la Santé sondera les médecins. *Le Droit*, p. 20.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 103-LT-051>
- (9 décembre 1998). Trop de ritalin, trop vite. *Le Soleil*, p. A12.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 209-LS-029>
- (9 décembre 1998). On prescrit trop vite du Ritalin. *Le Nouvelliste*, p. 9.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 209-NV-029>

- (16 décembre 1998). Ritalin : une mauvaise solution. *La Presse*, p. B2.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 216-LA-049>
- (3 novembre 1998) Hausse de la consommation de Ritalin. *Le Nouvelliste*, p. 32.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 103-NV-090>
- (24 février 1999). Les drogues légales surutilisées. *La Presse*, p. A23.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 224-LA-050>
- (24 février 1999). Tranquillisants et stimulants : les drogues légales des Occidentaux. *Le Droit*, p. 34. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 224-LT-060>
- (26 mars 1999). Plus d'argent contre les troubles d'apprentissage. *La Presse*, p. A6.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 326-LA-017>
- (22 octobre 1999). Changer les garçons. *Le Devoir*, p. A10.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 022-LE-053>
- (15 novembre 1999). Non aux écoles-ghettos. *Le Devoir*, p. A6.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 115-LE-029>
- (5 mai 1999). Les choix de notre société. *Le Soleil*, p. B10.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 505-LS-078>
- (7 avril 2000). Diminution du flux sanguin cérébral chez les enfants hyperactifs. *L'Acadie Nouvelle*, p. 28. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:20 000 407-AN-0067>
- (11 novembre 2008). Des experts répondent à vos questions. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (16 janvier 2009). Les émissions d'éveil seraient nocives pour les tout-petits. *La Presse Canadienne*. <https://www.lapresse.ca>.
- (22 octobre 2008). Les parents d'enfants hyperactifs divorcent davantage. *Agence France-Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- (6 avril 2009). Charité bien ordonnée, mais moins abondante. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (28 avril 2010). Comment faire bouger nos jeunes davantage? *Cyberpresse*. <https://www.lapresse.ca>.
- (17 mai 2010). Les pesticides montrés du doigt. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (18 mai 2010). Les pesticides favoriseraient l'hyperactivité chez l'enfant. *Agence France-Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- (18 août 2010). Déficit de l'attention : un million d'Américains diagnostiqués à tort. *Agence France-Presse*. <https://www.lapresse.ca>.

- (19 août 2010). Une étude pointe sur la surmédicalisation. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (26 octobre 2010). Forcer le privé à intégrer les enfants en difficulté? Vos commentaires. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- (27 octobre 2010). Problème d'apprentissage : le Québec dernier de classe. *La Presse Canadienne*. <https://www.lapresse.ca>.
- (10 novembre 2010). Décrochage : les parents aussi à blâmer? Vos commentaires. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- (9 mai 2011). Des parents revendiquent l'accès aux traitements pour les enfants atteints de TDAH. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (10 mai 2011). Les parents d'enfants atteints d'un TDAH demandent plus de ressources. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- (6 juillet 2011). Traitement inégal. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- (6 septembre 2011). TDAH : travailler malgré un handicap. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- (11 septembre 2011). Déficit de l'attention : nouveau guide pour les parents. *La Presse Canadienne*. <https://www.lapresse.ca>.
- (14 octobre 2011). TDA/H : Le député de Drummond s'implique. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (1 novembre 2011). Problèmes cardiaques : le Ritalin non coupable. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (27 mai 2013). Psychotropes : plus d'ordonnances, mais peu de suivi chez les jeunes. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- (28 septembre 2013). Culpabiliser les parents sans offrir d'alternatives valables. *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- (4 mars 2013). TDAH : nouvelle marche à suivre. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (30 mars 2013). Organismes communautaires : reconnaissance n'est pas gage de financement. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (5 mars 2012). Naître en décembre lié au diagnostic d'hyperactivité. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (13 juin 2013). Enfant isolé à l'École Saint-Jean-Bosco : une enquête est ouverte. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- (6 novembre 2013). Traitement de l'hyperactivité : mise en garde. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>

- (20 novembre 2013). Un nouveau médicament pour le TDAH. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca>
- April, P. (28 mai 1998). Consommation démesurée de Ritalin. *Le Nouvelliste*, p. 24. Québec. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 528·NV·058>
- Blanchette, J. (26 avril 2013). L'homme est un fou pour l'homme. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Blanchette, J. (8 mai 1998). La pillule du bonheur. *Le Devoir*, p. B1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 508·LE·058>
- Blanchette, J. (14 octobre 1998). L'école sans colle. *Le Devoir*, p. B1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 014·LE·041>
- Blanchette, J. (6 septembre 2013). Parents mous, enfants fous, profs à bout, Le b.ab-ba de la tyrannie. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Blanchette, J. (1 mars 2000). Imaginez une semaine. *Le Devoir*, p. A3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:20 000 301·LE·0022>
- Blanchette, J. (4 septembre 1998). Fesses à claques. *Le Devoir*, p. B1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 904·LE·051>
- Blanchette, J. (8 janvier 1999). Les sans-plaisir. *Le Devoir*, p. B1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 108·LE·051>
- Blanchette, J. (20 octobre 1999). Désolé, c'est un garçon. *Le Devoir*, p. A3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 020·LE·008>
- Boucher, G. (14 août 1999). Secondaire : Ces garçons qui « en arrachent. » *Le Devoir*, p. E5. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 814·LE·107>
- Beaudoin, J.-M. (23 septembre 1999). Du ritalin pour Monsieur le maire. *Le Nouvelliste*, p. 5. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 923·NV·017>
- Boisvert, J-P. (7 novembre 2011). Le ministre Bolduc sensibilisé aux demandes de PANDA. *La Tribune*. <https://www.lapresse.ca>.
- Bonneau, D. (10 mars 1989). Le Ritalin, un remède pour enfant qui soulage... l'adulte. *La Presse*, p. A3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 890 310·LA·011>
- Bouchard, M-C. (13 janvier 2011). Nadège, 9 ans : « Papa, je veux me tuer ». *La Tribune*. <https://www.lapresse.ca>.
- Bourdeau, R. (15 mars 1997). Novartis Pharma planifie l'agrandissement de son siège social. *Les Affaires*, p. 11. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 970 315·ZL·049>
- Branswell, H. (5 mars 2012). Déficit d'attention : les plus jeunes plus à risque de recevoir un mauvais diagnostic. *La Presse Canadienne*. <https://www.lapresse.ca>.

- Breton, B. (29 mai 1998). Ritalin : François Ouimet s'est un peu trop excité. *Le Soleil*, p. A10. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 529-LS-053>
- Breton, B. (22 novembre 1999). Enfants hyperactifs : Les arts à la place du Ritalin. *Le Soleil*, p. A13. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 122-LS-045>
- Breton, P. (26 février 2014). Baisse inquiétante des stocks de Ritalin. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Brouillet, S. (4 octobre 1998). Les dessous du Ritalin. *La Presse*, p. C1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 004-LA-092>
- Burgun, I. (12 décembre 2008). La guitare contre l'hyperactivité. *Agence Science Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Calvé, J. (9 janvier 2000). Du ritalin au biberon? *Le Soleil*, p. B3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:20 000 109-LS-0034>
- Cardinal, F. (18 avril 2011). Le trouble de l'attention est une vraie maladie. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Cardinal, F. (30 mars 2011). Un enfant qui bouge? Il est hyperactif! *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Cauchy, C. (22 juin 2009). L'école déboussolée. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Champoux, B. (1 juin 1998). Le Ritalin au banc des accusés. *Le Nouvelliste (Trois-Rivières)*, p. 6. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 601-NV-073>
- Chevalier, R. (1 novembre 2012). À quand une heure par jour? *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Cohen, D. (3 juin 1998). À combien d'enfants prescrit-on vraiment du Ritalin? *Le Devoir*, p. A9. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 603-LE-05>
- Cohen, D. (3 juin 1998). Stimulants, statistiques et questions troublantes. *La Presse*, p. B3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 603-LA-067>
- Côté, N. (19 mars 2014). Trouble du déficit de l'attention : un obstacle à la productivité. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Dalpé, Y. (17 février 2013). Nous sommes tous à peu près fous... *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Delisle, G. (5 mai 2014). De la délinquance à l'université. *Le Nouvelliste*. <https://www.lapresse.ca>.
- Des Rivières, P. (28 mai 1998). L'usage du Ritalin ne cesse de croître. *Le Devoir*, p. A1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 528-LE-007>

- Des Rivières, P. (11 août 1998). Fermeture d'une école privée pour enfants avec des troubles de comportement : Le Centre de l'enseignement vivant ne rouvrira pas ses portes. *Le Devoir*, p. A4. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 811-LE-021>
- Dion-Viens, D. (9 décembre 2012). Des parents d'enfants surdoués s'organisent. *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Ducas, M.-C. (28 mai 1998). L'usage du Ritalin ne cesse de croître. *Le Devoir*, p. A1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 528-LE-005>
- Ducas, M.-C. (29 mai 1998). Le Ritalin est en vogue à l'université. *Le Devoir*, p. A2. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 529-LE-007>
- Dumas, H. (15 novembre 2013). L'autre galère de Renée-Claude Brazeau. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Duplessis, M.-P. (26 septembre 2013). Des apprentis-chef à table! *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Dusseau, B. (29 mai 1998). Violence, Ritalin, suicides, échec scolaire. *Le Devoir*, p. A7. Washington. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 529-LE-035>
- Elkouri, R. (23 octobre 2010). Comment devenir un enfant normal. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Fraser, R. (2 décembre 1994). Les enfants du Ritalin : La pilule anti-émotionnelle. *Le Devoir*, p. A11. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 941 202-LE-053>
- Fraser, R. Et M. Bélanger. (10 février 2009). Trop de Ritalin pour les petits Québécois. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Fréchette, A. (24 novembre 2013). Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) : Ritalin, Concerta, Biphentin...Scoutisme? *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Forest, F. (15 octobre 1992). Le psychiatre Breggin poursuit sa croisade contre les médicaments. *La Presse*, p. A14. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 921 015-LA-027>
- Gagnier, N. (2 novembre 2008). Le trouble de l'opposition. *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Gagnon, G. (10 décembre 1998). La solution Ritalin. *Le Nouvelliste (Trois-Rivières)*, p. 8. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 210-NV-026>
- Gagnon, L. (16 octobre 1999). La misère scolaire des garçons. *La Presse*, p. B3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 016-LA-063>
- Gagnon, L. (21 octobre 1999). Un préjugé défavorable aux garçons? *La Presse*, p. B3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 021-LA-057>
- Galipeau, S. (9 avril 2009). Un projet pilote pour enfants souffrants de déficit d'attention. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.

- Gaudreau, V. (11 novembre 2009). Une sommité s'en va de l'Hôpital Robert-Giffard. *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Gaudreault, P. (9 novembre 1998). Enfants hyperactifs. *Le Droit*, p. 15. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 109-LT· 028>
- Gauthier, D. L. (5 décembre 1998). Une autre année au service des jeunes. *Le Nouvelliste (Trois-Rivières)*, p. P4. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 205-NV· 005>
- Girard, M.-C. (21 mars 1996). Écolier hyperactif menotté par la police. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Gravel, P. (22 septembre 2012). Un lien est établi entre le mercure, le plomb et le trouble du déficit de l'attention. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Grondin, D. (18 décembre 1999). Perdre son identité. *La Tribune (Sherbrooke, Qc)*, p. A11 <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 218-TB· 0022>
- Gaudreau, J. (17 septembre 2012). Des enfants transformés en apprentis chefs. *La Tribune*. <https://www.lapresse.ca>.
- Girard, M.-C. (21 mars 1996). Écolier hyperactif menotté par la police. *La Presse*, p. A3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 960 321-LA·006>
- Godard, J.-M. (1999). Tranquillisants et stimulants. *Le Soleil*, p. A1 OP-1999-02-24. Paris. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 224-LS· 004>
- Harvey, C. (8 mai 1999). Des colloques sur l'éducation : Progression des troubles déficitaires de l'attention chez les enfants d'âge scolaire. *Le Devoir*, p. E7. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 508-LE·105>
- Hénault, R. (27 octobre 1999). Palais de justice : Un « enfant Ritalin » devenu délinquant. *Le Soleil*, p. A5. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 027-LS· 022>
- Hénault, R. (8 février 2000). Du pot à la place du Ritalin. *Le Soleil*, p. A5. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:20 000 208-LS· 0021>
- Julien, G. (13 février 1997). « Enfants Ritalin » : des précisions. *La Presse*, p. B3 <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 970 213-LA·056>
- Lacoursière, A. (21 octobre 2010). Thomas, 9 ans : à force d'efforts. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Lamon, G. (27 février 1997). Les psychoéducateurs lancent un cri d'alarme en faveur des enfants négligés au Québec. *La Presse*, p. A14. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 970 227-LA·035>
- Laurin, R. (15 novembre 1999). L'hyperactivité. *Le Droit*, p. 11. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 991 115-LT· 018>

- Lemieux, J. (4 mars 1997). Services pour les enfants en difficulté d'apprentissage. *Le Droit*, p. 3.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 970 304-LT-006>
- Lessard, D. (28 mai 1998). Les pilules remplacent-elles les éducateurs? *La Presse*, p. B8.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 528-LA-067>
- Lessard, D. (29 mai 1998). Des écoles exigent le Ritalin pour certains élèves. *La Presse*, p. B11.
Québec. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 529-LA-103>
- Lessard, C. (2 juin 1998). Le contrôle des esprits et des corps. *Le Devoir*, p. B1.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 602-LE-040>
- Lemelin, S. (8 avril 2013). Trois ans de pénitencier pour Fortin. *Le Quotidien*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Létourneau, M-F. (23 février 2013). Survivre à l'intimidation. *La Voix de l'Est*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Letarte, M. (9 octobre 2013). TDA/H : faciliter l'intégration au travail. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Levasseur, P. (20 mars 1999). Pour éviter le Ritalin. *Le Nouvelliste*, p. 36.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 320-NV-095>
- Lockman, J. (31 août 1998). L'hyperactivité revisitée. *Le Droit*, p. 10 OP-1998-08-31.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 831-LT-016>
- Lockman, J. (14 septembre 1998). L'hyperactivité, prise deux. *Le Droit*, p. 8.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 914-LT-017>
- Lord, H. (22 décembre 1994). Le bien-être en capsule. *Le Devoir*, p. A9.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 941 222-LE-039>
- Pelchat, P. (2 juin 2011). Hyperactivité : des symptômes décelés plus tôt. *Le Soleil*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Perreault, M. (20 mars 2013). L'immunité et la prématurité. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Perreault, M. (11 avril 2013). Erreurs de diagnostic. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Perreault, M. (18 octobre 2012). Peu de progrès du côté des médicaments. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Perreault, M. (18 octobre 2012). Des parents confiants. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Perreault, M. (14 mai 2012). Vers un traitement des troubles de l'attention. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Poirier, J. (21 décembre 2012). L'approche Montessori, une solution? *Le Soleil*.
<https://www.lapresse.ca>.

- Montminy, M-J. (20 février 2006). Éducation : l'ordinateur n'est pas une panacée. *Le Nouvelliste*. <https://www.lapresse.ca>.
- Magny, A-A. (18 mai 2013). Camp Bourg-Royal et santé mentale collective : une bonne paire! *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Maheux, M. (23 juin 1988). Drogue et religion. *La Presse*, p. B2.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 880 623-LA-051>
- Malboeuf, M.-C. (9 décembre 1998). On prescrit trop vite le Ritalin. *La Presse*, p. A22.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 209-LA-047>
- Michaud, A. (6 janvier 2007). J'apprends, tu apprends, nous apprenons... *Le Devoir*.
<https://www.ledevoir.com>.
- Millette, L. (26 mai 2013). Psychotropes prescrits aux jeunes : plus d'ordonnances, peu de suivi. *La Presse Canadienne*. <https://www.lapresse.ca>.
- Moisan, M. (27 septembre 2013). Les amis du Ritalin. *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Montpetit, C. (29 janvier 2014). Déficit de l'attention : le nombre de prescriptions explose. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Néron, C. (29 mai 1998). Savoir avaler sa pilule. *Le Quotidien*, p. 8.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 529-QT-015>
- Pagé Luc, L. (17 juin 1998). Violence à l'école et élèves en difficulté : Les enseignants manquent de moyens. *Le Devoir*, p. A9.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 617-LE-035>
- Paradis, G. (29 novembre 1997). À tolérance zéro, apprentissage zéro. *Le Droit*, p. 17.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 971 129-LT-059>
- Paré, I. (9 décembre 1998). Étude réalisée au primaire : 4,5 % des écoliers de Laval prennent du Ritalin. *Le Devoir*, p. A3. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 981 209-LE-011>
- Parent, R. (16 juin 1988). Quatre psychologues [de Québec] devant leur comité de discipline : un adepte des « lois cosmiques », un fabulateur, un indiscret du secret professionnel, un thérapeute « sexologique »; pharmacien, policier, avocat et chirurgien sont rappelés à l'ordre. *La Presse*, p. A4. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 880 616-LA-024>
- Perreault, D. (24 février 1998). Calmer les hyperactifs sans les assommer. *Le Devoir*, p. B1.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 224-LE-035>
- Perreault, M. (10 mars 1996). Distractions du système nerveux. *La Presse*, p. C4.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 960 310-LA-081>
- Pratte, A. (26 mai 1990). L'orthopédagogue, bouée de sauvetage des élèves en difficulté; le délicat métier d'orthopédagogue. *La Presse*, p. B6.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 900 526-LA-126>

- Raymond, F. (5 juin 1998). Le traitement d'enfants à l'aide du Ritalin : Le temps d'une paix. *Le Devoir*, p. A11. https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19_980_605·LE·058
- Raymond, F. (3 juin 1998). Le Ritalin, un médicament éprouvé. *La Presse*, p. B3. https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19_980_603·LA·066
- Ricard-Châtelain, B. (19 août 2010). Du Ritalin souvent prescrit aux benjamins hyperactifs d'une même classe. *Le Soleil*. <https://www.lapresse.ca>.
- Rioux Soucy, L-M. (11 février 2005). Enfants hyperactifs : Ottawa interdit la vente de l'Adderal. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (11 juin 2005). De l'amour, du soutien, des succès et... du Ritalin. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (9 juin 2005). Hôpital de Montréal pour enfants – Ouverture d'une nouvelle clinique pour les hyperactifs. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (12 octobre 2005). Ritalin et compagnie sont sommés de montrer patte blanche. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (11 mai 2004). Congrès de L'ACFAS — Être en santé signifie se sentir bien. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (13 mai 2004). Congrès de L'ACFAS – Les bébés peuvent eux aussi éprouver des troubles de comportement. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (2 octobre 2004). Bébé cajolé ferait un enfant plus équilibré. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Rioux Soucy, L-M. (28 octobre 2010). Performance auprès des élèves atteints de TDAH-Le système scolaire québécois échoue. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Robitaille, A. (12 janvier 2009). De l'enfant « normal » à l'enfant « normalisé ». *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com>.
- Robitaille, A. (4 décembre 1999). Contre le Prozac et le posthumain : le divan. *Le Devoir*, p. D6. https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19_991_204·LE·0117
- Ségal, M. (13 août 2013). Sus au Ritalin! *Le Quotidien*. <https://www.lapresse.ca>.
- Ségal, M. (25 mai 2010). Ritalin mal-aimé. *Le Quotidien*. <https://www.lapresse.ca>.
- St-Pierre, G. (31 octobre 2011). Dépister pour ne pas décrocher. *Le Droit*. <https://www.lapresse.ca>
- Sullivan, T. (6 mars 2014). Les maternelles suédoises gagnées par le numérique. *Agence France-Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Tanner, L. (28 avril 2009). Les traitements de l'hyperactivité améliorent les résultats scolaires. *Associated Press*. <https://www.lapresse.ca>.

- Thériault, C. (26 avril 1999). Les enfants hyperactifs : À l'école de changer. *Le Soleil*, p. A10.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 426·LS· 050>
- Thibaudeau, C. (25 octobre 1992). L'enfant qui a des difficultés à l'école est peut-être hyperactif ou lunatique. *La Presse*, p. C6.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 921 025·LA·074>
- Thibaudeau, C. (25 octobre 1992). L'enfant qui a des difficultés à l'école est peut-être hyperactif ou lunatique. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Thibodeau, M. (10 juin 1999). Croisade de l'Église de scientologie contre l'usage du Ritalin dans les écoles. *La Presse*, p. A11.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 610·LA·034>
- Tison, M. (16 octobre 2013). Le déficit d'attention coûte 7 milliards. *La Presse*.
<https://www.lapresse.ca>.
- Trahan, B. (1 juin 1998). Le phénomène de l'hyperactivité chez les enfants. *Le Nouvelliste*, p. 16.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 601·NV·048>
- Trahan, B. (21 octobre 2013). Quatre jours à l'hôpital après avoir reçu un médicament dans les yeux à l'école. *Le Nouvelliste*. <https://www.lapresse.ca>.
- Turpault-Desroches, F. (16 janvier 2009). Contrôler les troubles d'apprentissage avec les jeux vidéo. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Vallet, S. (30 mars 2014). Sur le divan avec Philippe Laprise. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.
- Voisard, A.-M. (26 mai 1998). Ces enfants qui tuent. *Le Soleil*, p. A10.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 526·LS· 034>
- Voisard, A.-M. (14 juin 1998). « Cette enfant dont personne ne voulait ». *Le Soleil*, p. B3.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 980 614·LS· 045>
- Voisard, A.-M. (28 avril 1999). Les jeunes Ritalin, enfants de Duplessis de demain? *Le Soleil*, p. A1. <https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 428·LS· 004>
- Voisard, A.-M. (28 avril 1999). Les « strapper » sur leur chaise? *Le Soleil*, p. C1.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:19 990 428·LS· 091>
- Voisard, A.-M. (10 avril 2000). Un rapport nuancé sur l'utilisation du Ritalin. *Le Soleil*, p. A4.
<https://nouveau.eureka.cc/Link/unisher1/news:20 000 410·LS· 0012>
- Waridel, L. (22 janvier 2013). Manger bio fait une différence. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca>.

Bibliographie

- ABBAMONTE, Claire et collab. (2017). *Fonctionnement du marché des assurances privées de personnes dans le cadre de l'assurance médicaments et son encadrement réglementaire au Québec*, 114 p. [Rapport de projet]. [<https://cirano.qc.ca/files/publications/2017RP-04.pdf>] (consulté le 15 avril 2020).
- AGAMBEN, Giorgio (1995). *Homo sacer*, Paris : Seuil, 213 p.
- ALTHUSSER, Louis (1970). « Idéologie et appareils idéologiques d'État », *La pensée*, n° 151, p. 67-125.
- ANGENOT, Marc (2014). *L'histoire des idées*, Belgique : Presse universitaire de Liège, 392 p.
- ANGENOT, Marc (1994). *Pour une théorie du discours social : problématique d'une recherche en cours*, Pelletier, J. (dir.), *Littérature et société*, Montréal, VLB, p. 367-390.
- ANGENOT, Marc (1989). *1889 : un état du discours social*, Longueuil : *Le préambule*, 1175 p.
- ARMSTRONG, Nathalie, Elizabeth MURPHY, (2011). « Conceptualizing Resistance. Health », *SAGE/Journal*, vol. 16, n° 3, p. 314–326. <https://doi.org/10.1177/1363459311416832>.
- AUBERT, Emmanuel, (2012). « Le positivisme dans la prévention de la récidive : Quand la “science” nourrit le contrôle social », *Nouvelles Pratiques Sociales*, n° 1, (Hors série), p. 49–63. <https://doi.org/10.7202/1008626ar>.
- AUBOURG, Frédérick, (2005). « Winnicott et la créativité », *Filigrane*, vol. 14, n° 1, p. 18-32. [http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol14_no1_printemps/03-Winnicott_aubourg.pdf].
- AUCLAIR, Vicky, (2016). *La thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du TDAH chez l'adulte : état des connaissances*, Université de Montréal, Essai doctoral, 55 p.
- AUCLAIR, David (2016). *La bio-logique du nouveau management à l'école*, Montréal : Varia, 282 p.
- AUDET, Louis-Philippe (1971). *Histoire de l'enseignement au Québec (1608-1840)*, vol. 1, Montréal : Holt, Rinehart et Winston, 432 p.
- AUDET, Louis-Philippe (1971a). *Histoire de l'enseignement au Québec (1840-1971)*, vol. 2, Montréal : Holt, Rinehart et Winston, 496 p.

- BARKLEY, Russel A. (2006). « The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/hyperactivity Disorder: A commentary », *Journal of Attention Disorders*, vol. 10, n° 1, p. 137-140.
- BARKLEY, Russel A. et Mariellen FISCHER (2010). « The Unique Contribution of Emotional Impulsiveness to Impairment in Major Life Activities in Hyperactive Children as Adults », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 5, p. 503–513.
- BARTON, Jo et Jules, PRETTY (2010). « What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis », *Environmental Science & Technology*, vol. 44, n° 10, p. 3947-3955. [<https://doi.org/10.1021/es903183r>].
- BEAUDRY, Jeanne (2001). « Historique de l'Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec (A.P.P.Q.) », *Filigrane*, vol. 10, n° 2, p. 52-65. [http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol10_no2automne/E_JBeaudry.pdf] (consulté le 14 avril 2020).
- BEAULIEU, Marie-Christine et Sylvie, NORMANDEAU (2012). « Prédicteurs des pratiques parentales : Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDAH », *Canadian Journal of Behavioural Science*, p. 59-69. [<https://doi.org/10.1037/a0023844>].
- BÉGIN, Jean-Yves (2017). *Évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : protocole pour les psychoéducateurs*, Université du Québec à Trois-Rivières : Thèse, 403 p.
- BÉGIN, Jean-Yves, et collab., (2018). « Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement des psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec Psychoeducators » Assessment of Behavioural Disorders Practices in Quebec Elementary Schools : An Overview. » *Revue de Psychoéducation*, vol 47, n° 1, p.53-85. [<https://doi.org/10.7202/1046772ar>].
- BERNHEIM, Emmanuelle et Christine VÉZINA (2009). « Risques de santé et population marginalisées : réflexion interdisciplinaire sur la centralité des droits de la personne dans le statut de citoyen », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, vol. 1, n° 1, p. 1–30.
- BERNHEIM, E. (2010). « La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique? », *Santé mentale au Québec*, vol. 35, n° 2, p. 163-184. [<https://doi.org/10.7202/1000558ar>].
- BERNIER, Émilie (2014). *Le communisme, ou comment la production de la misère devient prolifération ontologique. Le devenir du travail dans les sociétés contemporaines*, Université d'Ottawa : thèse de doctorat, 646 p. [<https://doi.org/10.1016/j.cell.2009.01.043>].

- BIEHL, Joao (2009). « Accès au traitement du sida, marchés des médicaments et citoyenneté dans le Brésil d'aujourd'hui », *Sciences sociales et Santé*, vol. 27, n° 3, p.13-46.
- BLANCHETTE, Louis-Philippe (2006). « Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité », *Lex electronica*, vol. 11, n° 2, p. 1–11.
- BLANCHETTE, Luc (1978). « La santé mentale à Pointe St-Charles : vers une prise en charge collective », *Santé mentale au Québec*, vol. 3, n° 1, p. 36–43. [http://ccpsc.qc.ca/sites/ccpsc.qc.ca/files/la_santé_mentale_à_Pointe-Saint-Charles, Luc Blanchet, 1978_0.pdf] (Consulté le 22 juillet 2015).
- BORDELEAU, Erik (2008). « Entre biopouvoir plastique et biopolitique de la sélection : Sloterdijk penseur de l'anthropogénétique », *Altérité*, vol. 5, n° 1, p. 92–107.
- BORDUAS, Joël (2013). *Le gouvernement de la vie dans les sociétés libérales : une relecture critique de la perspective biopolitique chez Michel Foucault, Nikolas Rose et Giorgio Agamben*, Université du Québec à Montréal : Mémoire, 156 p.
- BOUCHARD, Marcel (1979). « Un quart de siècle plus tard : notre malade... », *Santé mentale au Québec*, vol. 4, n° 1, p. 92–101. [Retrieved from <https://www.erudit.org/revue/smq/1979/v4/n1/030050ar.pdf>] (Consulté le 14 avril 2020).
- BOUDREAU, Christian (2012). « Multipolarité de la surveillance et gestion des médicaments au Québec », *Recherches Sociographiques*, vol. 47, n° 2, p. 299-320. <https://doi.org/10.7202/014205ar>.
- BOUDREAU, Francine (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal : Éditions St-Martin, 274 p.
- BRAULT, Marie-Christine, Éric, LACOURSE (2012). «Prevalence of Prescribed Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Medications and Diagnosis among Canadian Preschoolers and School-age children : 1994-2007 », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 57, n° 2, p. 93–101.
- BROWN, Heather (2014). « Marx on gender and family », *Monthly review*, vol. 66, n° 2. [https://monthlyreview.org/2014/06/01/marx-on-gender-and-the-family-a-summary/] (Consulté le 15 avril 2020).
- BROWN, Heather (2013). *Marx on gender and family. A critical study*, Haymarket book, 246 p.
- BUTLER, Judith (2004). *Le pouvoir des mots. Politique du performatif*, Paris : Éditions Amsterdam, 287p.
- BUTLER, Judith (2012). *Défaire le genre*, Paris : Éditions Amsterdam, 331 p.

- CAÏTUCOLI, Dominique (2005). « Winnicott : voler, détruire, l'appel au secours ou la tendance anti-sociale », *Filigrane*, vol. 14, n° 1, [http://benhur.telug.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol14_no1_printemps/04-Winnicot_caitucolit.pdf] (Consulté le 14 avril 2020).
- CAMPBELL, Timothy C. (2011). *Improper life, Technology and Biopolitics from Heidegger to Agamben*, Minneapolis-London: University of Minnesota Press, 189 p.
- CAMPBELL, Timothy C. (2013). *Biopolitics a reader*, Durham and London: Timothy Campbell and Adam Sitze editors, 446 p.
- CHARLAND, Daniel (2012). *Enquête auprès des psychologues scolaires sur les pratiques évaluatives du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité au primaire*, Université du Québec à Montréal : Thèse, 100 p.
- CLERK, Gabrielle (2000). « Cinquante ans (1945-1995) de pratique psychanalytique avec des enfants : réflexions et questionnements », *Filigrane*, vol. 9, n° 2, p. 6-19. [http://benhur.telug.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol9_no2automne/2_CLERK.pdf] (Consulté le 14 avril 2020).
- CLERK, Gabrielle (2001). « Psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent à la Société canadienne de psychanalyse. Historique, questions, réflexions », *Filigrane*, vol. 10, n° 1, p. 68-81. [http://benhur.telug.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol10_no1_printemps/06_clerk_gab.pdf] (Consulté le 14 avril 2020)
- CLICHE, Marie-Aimé (1999). « “Qui bene amat bene castigat” : Le débat sur les punitions corporelles dans les revues pédagogiques du Québec, 1857-1964 », *Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 11, n° 2, p. 147-169. [https://doi.org/10.32316/hse/rhe.v11i2.1621] (Consulté le 14 avril 2020).
- CLICHE, Marie-Aimée (2007). *Maltraité ou punir? La violence envers les enfants dans les familles québécoise 1850-1969*, Montréal : Boréal, 418 p.
- COHEN, David et collab. (1999). *Déficit d'attention/hyperactivité : perception des acteurs et utilisation des psychostimulants*, 25 p. [Rapport présenté à la Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Laval]. [http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000024221.pdf] (Consulté le 14 avril 2020).
- COHEN, Elizabeth et Christopher, MORLEY (2009). « Children, ADHD, and Citizenship », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 34, n° 2, p.155-180.
- COLLÈGE DES MÉDECINS. 2001. Lignes directrices. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central*. 26p.

- COLLIN, Johanne et Amnon Jacob, SUISSA (2007). « Le phénomène de la médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 19, n° 2, p. 25–33.
- COMMISSION DE L'ÉDUCATION EN LANGUE ANGLAISE (2006) Avis au ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Adaptation scolaire, inclusion et intégration en classe. 38p.
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/autres/organismes/CELA_avis-adaptation-scolaire_f.pdf]
- CONDIGNOLA, Luca, Giovanni, PIZZORUSSO et Matteo, SANFILLIPO (2011). *Le Saint-siège, le Canada et le Québec. Recherches dans les archives romaines*, Vatican : Sette citta, 83 p.
- CONTINUUM D'INTERVENTION JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE (CIJDF) (2005). Document de travail. 20 p.
[http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2721/dc_jeune.pdf]
- CONNOLLY, William E. (2002). *Neuropolitics, Thinking, Culture, Speed*, Minneapolis-London : University of Minnesota press, 215 p.
- CRAWFORD, Robert (2006). « Health as a Meaningful Social Practice », *Sage Journal*, vol. 10, n° 4, p. 401–420. [<https://doi.org/10.1177/1363459306067310>].
- CURRIE, Janet, Mark, STABILE et Lauren, JONES (2013). «Working Paper 19105», National Bureau of Economic Research, 30 p. [<http://www.nber.org/papers/w19105>] (Consulté le 19 juillet 2015).
- DE BEAUVOIR, Simone (1949). *Le deuxième sexe*, France : Gallimard, 978 p.
- DECERTEAU, Michel (1991). *L'invention du quotidien, tome 1. Art de faire*, Paris : Folio Gallimard
- DE COCK, Marijke et collab. (2012). « Does perinatal exposure to endocrine disruptors induce autism spectrum and attention deficit hyperactivity disorders? », *Acta Paediatrica*, vol. 101, n° 8, p. 811–818. [<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02693>].
- DELEUZE, Gilles (1986). *Foucault*, Paris : Édition de minuit, 141 p.
- DELEUZE, Gilles et Félix GUATTARI (1980). *Mille plateaux*, Paris : Édition de minuit, 645 p.
- DELEUZE, Gilles et Félix GUATTARI (1972). *L'anti-œdipe*, Paris : Édition de minuit, 470 p.
- DELEUZE, Gilles (1968). *Différence et répétition*, PUF, Paris, 1968, 409 p.
- DELEUZE, Gilles (1968). *Spinoza et le problème de l'expression*, Édition de minuit, Paris, 1968, 332 p

- DE MUNCK, Jean et collab. (2003). *Santé mentale et citoyenneté : Les mutations d'un champ de l'action publique*, 113 p. (Programme SSTC Cohésion sociale) [<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/fr/object/boreal%3A79499>].
- DESJARDINS, Pierre-David, Claude, LESSARD et Jean-Guy, BLAIS (2010). *Les effets prédits et observés du Bulletin des écoles secondaires du Québec*, 17 p. (Rapport de Recherche de L'IREC).
- DIRECTION DE L'ADAPTATION SCOLAIRE ET DES SERVICES ÉDUCATIFS COMPLÉMENTAIRES (2015). *L'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement*, 98 p. [Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire] [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_c_ompl/14_00479_cadre_intervention_eleves_difficultes_comportement.pdf] (Consulté le 28 juillet 2015).
- DIVINI ILLIUS MAGISTRI, Lettre encyclique de sa sainteté le pape Pie XI sur l'éducation de la jeunesse chrétienne, http://w2.vatican.va/content/pius-xi/fr/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_31121929_divini-illius-magistri.html, page consultée 15 juin 2015.
- DORAY, Pierre et collab. (2011). « Usages des statistiques et actions publiques : les politiques de lutte contre le décrochage scolaire au Québec », *Sociologie et Sociétés*, vol. 43, n° 2, p. 201–221.
- DORÉ, Christine et David, COHEN (1997). « La prescription de stimulants aux enfant hyperactifs : une études pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants. » *Santé mentale au Québec*, vol. XXII, n° 1, p. 216-238.
- DOUGLAS, Virginie I. (1972). « Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children », *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des sciences du comportement*, vol. 4, n° 4, p. 259–282. [<https://doi.org/10.1037/h0082313>].
- DOYON, Eve (2008). *Rapport d'intervention d'un programme multimodal auprès d'élèves TDAH de première année*, 88 p. [Université de Montréal] [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_c_ompl/19-7051.pdf] (Consulté 10 octobre 2014).
- DUBÉ, Valérie (2015). *Care et féminisme au cœur d'un projet de transformation culturelle. Une approche radicale et holistique des enjeux éthiques*, Québec : Université Laval, Thèse en philosophie, 286 p.
- DUBOIS, Dominique et collab. (2014). « Chronique la réception critique du dsm-5 : un univers tout autant social que médical », *Revue Québécoise de psychologie*, vol. 35, p. 185–205.

- DUCHARME, Daniel et collab. (2009). *La consultation sur l'accès à l'éducation et à l'accès à la réussite éducative dans une perspective d'éducation pour l'inclusion*, 24 p. (Mémoire présenté au conseil supérieur de l'éducation). [<https://doi.org/10.1038/132817a>].
- DUCHARME, Daniel et Paul EID (2009). *La consultation sur l'accès à l'éducation et l'accès à la réussite éducative dans une perspective d'éducation pour l'inclusion*, 24 p. (Mémoire présenté au Conseil supérieur de l'éducation). [<https://doi.org/10.1038/132817a0>] (Consulté le 3 juillet 2015).
- DUCOURNAU, Pascal (2010). « Acteurs face à la biopolitique : capacités critiques et tactiques de résistance », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 127, n° 2, p. 291-394. [<https://doi.org/10.3917/cis.127.0291>].
- DUFRESNE, Roger (1999). « Faut-il tuer les psychanalystes? De la pilule à la parole. Réflexions sur la place de la psychanalyse dans le réseau de la santé mentale au Québec » *Filigrane*, vol. 8, n° 2, p. 21-32.
- DUFRESNE, Roger (1999). « Faut-il tuer les psychanalystes? De la pilule à la parole. Réflexions sur la place de la psychanalyse dans le réseau de la santé mentale au Québec », *Filigrane*, vol. 8, n° 2, p. 21-32.
[http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol8_no2_automne/dDufresne.pdf] (Consulté le 15 avril 2020).
- DUSSAULT, Amélie (2010). « *L'attention dans le trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH)* », Université Laval : *Thèse en psychologie*, 125 p.
- DUVAL, Luce, Maurice TARDIF et Clermont, GAUTHIER (1995). *Portrait du champ de l'adaptation scolaire au Québec des années trente à nos jours*, Sherbrooke : Edition du C.R.P, 126 p.
- DUVAL, Louise (1963). « Quelques thèmes idéologiques dans la revue l'Enseignement primaire », *Recherches Sociographiques*, vol. 4, n° 2, p. 201-217. [<https://doi.org/10.7202/055182ar>].
- DUVAL, Luce, Claude, LESSARD et Maurice, TARDIF (1997). « Logiques d'exclusion et logiques d'intégration au sein de l'école. Le champ de l'adaptation scolaire », *Recherches Sociographiques*, vol. 38, n° 2, p. 303-334. [<https://doi.org/10.7202/057126ar>].
- EPSTEIN, Adrienne Shnier et collab (2013). « Does Exposure to Conflict of Interest Policies in Psychiatry Residency Affect Antidepressant Prescribing ? » *PLOS|one*, vol. 8, n° 7, p.199-203.
- FAIRCLOUGH, Norman (2003). *Analysing Discourses. Textual Analysis for Social Research*, Londres: Routledge.

- FARKAS, Marianne et Catherine, VALLÉE (1996). « De la réappropriation au pouvoir d’agir : la dimension discrète d’une réelle réadaptation », *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 2, p. 1–11.
- FASSIN, Didier et Jean-Pierre, DOZON (2001). *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Édition Balland,
- FASSIN, Didier (2000). « Comment faire de la santé publique avec des mots Une rhétorique à l’œuvre », *Rupture*, vol. 7, n° 1, p.58-78.
- FASSIN, Didier (1996). *L’espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris : Presse universitaire de France, 324 p.
- FERRETTI, Lucia (2009). « Reynald Rivard, prêtre psychologue trifluvien, l’essor de l’éducation spécialisée au Québec et la fin des orphelinats ordinaires (1947-1968) », *Revue d’histoire de l’Amérique Française*, vol. 62, n° 3-4, p. 533-564. [<https://doi.org/10.7202/038524ar>].
- FLEURY, Marie-Josée et Guy, GRENIER (2004). « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Rupture*, vol. 10, n° 1, p.21-38.
- FOUCAULT, Michel (1966). *Les mots et les choses*, Paris : Tel Gallimard, 400 p.
- FOUCAULT, Michel (1972). *Naissance de la clinique*, Paris : Presse universitaire de France, 214p.
- FOUCAULT, Michel (1975). *Surveiller et punir*, Paris : Tel Gallimard, 360 p.
- FOUCAULT, Michel (1976). *Histoire de la sexualité I La volonté de savoir*, Paris : Gallimard, 211 p.
- FOUCAULT, Michel (1969). *L’archéologie du savoir*, Paris : Gallimard, 294 p.
- FOUCAULT, Michel (1970). *L’ordre du discours*, Paris : Gallimard, 81 p.
- FOUCAULT, Michel (1997). *Il faut défendre la société*, Paris Gallimard/Seuil, 293 p.
- FOUCAULT, Michel (2001). *Dits et écrits t.1*, Paris : Quarto Gallimard, 1707 p.
- FOUCAULT, Michel (2001). « Réponse à une question ». Dans FOUCAULT, Michel (2001). *Dits et écrits t.1*, Paris : Quarto Gallimard, p. 701-723.
- FOUCAULT, Michel (2001). « Sur l’archéologie des sciences. Réponse au Cercle d’épistémologie ». Dans FOUCAULT, Michel (2001). *Dits et écrits t.1*, Paris : Quarto Gallimard, p. 724-759.
- FOUCAULT, Michel (2001a). *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, 1736 p.

- FOUCAULT, Michel (2001a). « La naissance de la médecine sociale ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 207-228.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Les intellectuels et le pouvoir ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 306-315.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Pouvoir et savoir ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 399-414.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Dialogue sur le pouvoir ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 464-477.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Sécurité, territoire et population ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 719-723.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Naissance de la biopolitique ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 818-825.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Les mailles du pouvoirs ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 1001-1020.
- FOUCAULT, Michel (2001a). « Le sujet et le pouvoir ». Dans FOUCAULT, Michel (2001), *Dits et écrits t.2*, Paris : Quarto Gallimard, p. 1041-1062.
- FOUCAULT, Michel (2001 b). *L'herméneutique du sujet*, Paris : Seuil/Gallimard, 540 p.
- FOUCAULT, Michel (2004). *Sécurité, territoire, population*, Paris : Seuil/Gallimard, 435 p.
- FOUCAULT, Michel (2004a). *Naissance de la biopolitique*, Paris : Seuil/Gallimard, 355p.
- FOUCAULT, Michel (2008). *Le gouvernement de soi et des autres*, Paris : Seuil/Gallimard, 540 p.
- FOUCAULT, Michel (2009). *Le courage de la vérité*, Paris : Seuil/Gallimard, 351 p.
- FREYD, Louis (2009). *Croyances et antidépresseurs : analyse du discours de patients, de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes et de représentants pharmaceutiques d'un centre hospitalier*, Université du Québec à Montréal : Thèse en psychologie, 219 p.
- GADAMER, Hans-Goerg (1996). *Vérité et méthode*, Paris : Seuil, 533 p.
- GADAMER, Hans-Goerg (1998). *Philosophie de la santé*, Paris : Grasset, 183 p.
- GAGNÉ, Jean (1996). « Le “virage ambulatoire” en santé mentale : un détour qui évite l’alternative? », *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 1, p.1–9.

- GAGNON, Gabriel et Claude, GOUSSE (1975), « Le processus de régionalisation scolaire ». Dans BÉLANGER, Pierre W. et Guy, ROCHER (dir.) (1975). Dans *École et société au Québec. Éléments pour une sociologie de l'éducation*, Montréal : Les Éditions Hurtubise HMH, Tome 2. 275 p.
- GAGNON, Susie (2007). « La violence dans le traitement de la folie au Québec », *Aspects Sociologiques*, vol. 14, n° 1, p. 89–112.
- GASCON, Mireia et collab. (2011). «Effects of pre and postnatal exposure to low levels of polybromodiphenyl ethers on neurodevelopment and thyroid hormone levels at 4 years of age», *Environment International*, vol. 37, n° 3, p. 605-611. doi : 10.1016/j.envint.2010.12.005.
- GAUDREAU, Louise et collab. (2008). *Rapport d'évaluation de l'application de la politique de l'adaptation scolaire*, [Rapport], 629 p.
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/RapportEvalPolAdapScol.pdf].
- GÉRIN-LAJOIE, Micheline (2000). « Quatre récits de cure : essai de cadrage du discours thérapeutique dans des thérapies d'enfants », *Filigrane*, vol. 9, n° 2, p. 65-79.
- GIROUX, Dalie et HALLÉ, Anne-Marie (2005). « La croissance technologique et la privatisation passive des systèmes publics de santé : le cas du Québec Technological Growth and Passive Privatization of Public Health Systems: The case of Quebec », *Revue Gouvernance*, vol. 2, n° 1. [<https://doi.org/10.7202/1039145ar>].
- GONÇALEVES, G., & LESSARD, C. (2013). L'évolution du champ de l'adaptation scolaire au Québec : Politiques, savoir légitimes et enjeux actuels. *Canadian Journal of Education*, vol. 36, n° 4, p. 327–373.
- GOYETTE, Christiane et Pierre, CHAREST (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*, 68 p. [Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres Jeunesses] [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-914-10W.pdf>]. (Consulté le 15 avril 2020).
- GRÉGOIRE, Jean (2002). Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité chez l'enfant, *Le médecin du Québec*, vol.37, p. 47–56.
- GUATTARI, Félix (1972). *Psychanalyse et transversalité*, Édition François Maspero, 292 p.
- GUATTARI, Félix (2012). *Écrits pour l'Anti-Oedipe*, Édition Lignes, 514 p.

- HACKETTE, Edward J. et collab., *The handbook of science and technology studies (Third Edition)*, MIT press, 2008, 1065p.
- HALL, Stuart (2008) *Identités et cultures. Politiques des cultural studies*, Paris : Édition Amsterdam, 411 p.
- HAMEL, Thérèse (1995). *Un siècle de formation des maîtres au Québec : 1836-1939*, Ville La Salle (Québec) : Éditions Hurtubise HMH, 374 p.
- HOBBES, Thomas (2000). *Léviathan*, Paris : Gallimard, 1027 p.
- HORTH, Raynald (1998). *Historique de l'adaptation scolaire au Québec*, document inédit, retrouvé : [<https://docplayer.fr/18812856-Historique-de-l-adaptation-scolaire-au-quebec.html>] (Consulté le 28 décembre 2019).
- HAUTH-CHARLIER, Stéphane et Céline CLÉMENT (2009). « Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques », *Pratiques Psychologiques*, vol. 15, n° 4, p. 457–472. [<https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>].
- HEIDEGGER, Martin. (1958). « Essais et conférences », France : Gallimard, 349 p.
- INSEL, Thomas (2013). « Transforming diagnosis », *National Institute of mental Health*, [<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>] (Consulté le 29 avril 2014).
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2017). *État des pratiques : Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*. Québec, 21 p. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_IMS.pdf] (Consulté le 16 avril 2020).
- JOLLIVET, Marcel et Jean-Marie, LEGAY (2005). Dossier Interdisciplinarité Canevas pour une réflexion sur une interdisciplinarité entre sciences de la nature et sciences sociales. *Natures Sciences Sociétés*, vol. 13, n° 2, p. 184–188. [<https://doi.org/10.1051/nss:2005030>].
- JONNAERT, Philippe (2000). *La thèse socioconstructiviste dans les nouveaux programmes*, Université de Genève : Laboratoire de recherche innovation-formation-éducation, [http://www.unige.ch/fapse/life/textes/Jonnaert_A2000_01.html] (Consulté 15 juillet 2014).
- JULIEN, Mélanie (2008). « School Attendance in Quebec City, 1871-1901 : Industrialization, Ethnicity and Social Class Influences », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 37, n° 1 p. 35-59. [<https://doi.org/10.7202/029639ar>].

- KALUBI, Jean-Claude et Élisabeth, LESIEUX (2006). « Alliance entre enseignants et parents d'élèves présentant des difficultés d'attention : une analyse sémiotique des perceptions du diagnostic », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 32, n° 3, p. 567-591.
- KECK, Frédéric (2008). « L'usage du biopolitique », *Miroirs transatlantiques*, vol. 3-4, n° 187-188, p. 295-314.
- LAFORTUNE, Denis (2007). « Expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et des adolescents », *Nouvelles pratique sociales*, vol.19, n° 2, p. 62-75.
- LACKOFF, Andrew (2008). « The right patient for the right drug : Pharmaceutical circuits and the codification of illness ». Dans HACKETT et collab. (2008). *The Handbook of Sciences and Technologies Studies*, USA, Mit press, p. 741-760.
- LAMONDE, Yvan (2000). *Histoire sociale des idées au Québec (1760-1896)*, Montréal : Fides, 572 p.
- LASCOUMES, Pierre et Patrick, LE GALÈS (2004). *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de sciences po, 369 p.
- LATOURETTE, Bruno (2007). *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris : La découverte, 400p.
- LAVALLÉE, Yvon-Jacques (1996). Le virage ambulatoire en psychiatrie : une perspective globale, *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 1, p. 1-10.
- LEVASSEUR, Louis et Maurice, TARDIF (2005). « Les rapports professionnels entre les techniciens et les enseignants dans la division du travail au Québec », *Éducation et Sociétés*, vol. 15, n° 1, p. 169-188.
- LESSARD, Claude, Marthe, HENRIPIN et Mylène, LAROCHELLE (2003). *Les politiques d'éducation au Québec : 1990-2003*, 19 p. [Rapport annuel du Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante] [<https://depot.erudit.org/bitstream/000951dd/1/Rapport2002-03f.pdf>]. (Consulté le 15 avril 2020).
- LESSARD, Claude et Maurice, TARDIF (1996). *La profession enseignante au Québec (1945-1990)*, Québec : Les presses de l'Université Laval, 323 p.
- LESSARD, Claude, Maurice TARDIF et Louis LEVASSEUR (2003). *Les identités enseignantes : analyse de facteurs de différenciation du corps enseignant québécois, 1960-1990*, Sherbrooke, Québec : CRP, 258 p.
- LOCKE, John (1994). *Le second traité du gouvernement*, France, Épipiméthée, 302 p.

- LUKÁCS, Georg (1960). « La réification et la conscience de classe du prolétariat », Dans LUKÁCS, Georg (1960). *Histoire et conscience de classe*, Paris : Les éditions de minuit, p. 109-256.
- LYOTARD, Jean-François (1979). *La condition postmoderne*, Paris : Les éditions de minuit, 109 p.
- LYOTARD, Jean-François (1983). *Le différend*, Paris : Les éditions de minuit, 279 p.
- MASSÉ, Line, CAROLINE, COUTURE et Valentine, ANCIAUX (2010). « 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*, vol. 35, n° 1, p.153-179.
- MARX, Karl (1985). *Le Capital*, Paris : Flammarion, 442 p.
- MARX, Karl (1985a). *Le Capital*, Livre 1, Paris : Flammarion, 274 p.
- MARX, Karl (1963-1968). *Le Capital*, Livre II et III, Paris : Gallimard, 2267 p.
- MARX, Karl (1963-1968). « Le mouvement circulaire du Capital ». Dans *Le Capital*, Livre II et III, Paris : Gallimard, p. 1071-1109.
- MARX, Karl et Frederich, ENGELS (1897). *Le manifeste du parti communiste*, Paris : Girard et Brière libraires-éditeurs, 54 p.
[http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels_Marx/manifeste_communiste/Manifeste_communiste.pdf] (Consulté le 15 avril, 2020).
- MCKENZIE, Kwane, Rob, WHITLEY et Scott, WEICH (2002). « Social capital and mental health », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 181, n° 4, p. 280-283.
[<https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.280>].
- MELLOUKI, M'hammed (1989). *Savoir enseignant et idéologie réformatrice : la formation des maîtres, 1930-1964*, Québec : Institut Québécois de recherche sur la culture, 392 p.
- MILL, John Stuart (1990). *De la liberté*, Paris : Gallimard, 242 p.
- MILL, John Stuart (1988). *L'utilitarisme*, Paris : Flammarion, 181 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA SCIENCE, CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (CSE), 1986, Avis au ministre. (L'avenir de la formation professionnelle au secondaire)
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, (MEQ), 1992, (Plan d'action sur la réussite éducative) « Chacun ses devoirs ».

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, (MEQ), 1995. La formation professionnelle chez les jeunes : un défi à relever, préparé par Claude Pagé, président du Groupe de travail sur la relance de la formation professionnelle des jeunes au secondaire et de la formation technique, Québec, Gouvernement du Québec.
[<http://www.education.gouv.qc.ca/index.php?id=3530>] (Consulté 13 juin 2014).
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, (MEQ.) 1997. L'école, tout un programme. Énoncé de politique éducative, Québec, 40 p.
[https://srp.csr.qc.ca/evaluation/Documents/Lecole_tout_un_programme.pdf]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (MSSS) 1998. *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes : agissons en complices*. Rapport du Comité jeunesse. Québec, 76 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, (MEQ), (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves de l'adaptation scolaire*, (Politique d'adaptation scolaire), 37 p. p.
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/politi00F_2.pdf]
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2000). *Rapport du comité conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulant du système nerveux central*, 47 p. Extrait de :
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/educ_adulte_action_comm/hyperrap2000.pdf].
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2000a). (Plan d'action). *TDAB, trouble de déficit d'attention/hyperactivité, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*, 13 p. Extrait de :
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/educ_adulte_action_comm/hyperplan.pdf].
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) DIRECTION DE L'ADAPTATION SCOLAIRE ET DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*, 59 p. [Rapport du comité consultatif].
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/SEC_Services_19-7029_.pdf]. (Consulté le 1 août 2015).
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) DIRECTION DE L'ADAPTATION SCOLAIRE ET DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES (2003). *Les difficultés d'apprentissage à l'école*, 23 p. [Cadre de référence pour guider l'intervention].
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/19-7051.pdf]. (Consulté le 20 juillet 2015).
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2003a), *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*. 34p.
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/MELS-MSSS_Cadre.pdf].

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2004). *La réussite des garçons des constats à mettre en perspective. La direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs. (Rapport synthèse) 25 p.*
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/reussite_garcon.pdf]
- MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTÉ (MSSS) (2004a). *Rapport du comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille. (De la complicité à la responsabilité). 95 p.*
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-rapportcontinuum-juin04.pdf>].
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2004b). Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires. *Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention. Le plan d'intervention... au service de la réussite de l'élève. 44p.*
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/19-7053.pdf]
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS) (2005). La direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs. *La réussite scolaire des garçons et des filles. Analyse exploratoire. 26p.*
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/Brochure_reus_influence_ISBN2550441443.pdf]
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. MELS. (2005a) (Comité national d'orientation). Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. 66p. Extrait de :
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/EcoleSante_GuideIntenMilieuScolPartenaires_f.pdf]
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU LOISIR ET DU SPORT. MELS. (2006). Direction de la recherche des statistiques et des indicateurs. Classe ordinaire et cheminement particulier de formation temporaire, 40p.
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/EDAA_brochure_470990.pdf]
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. MELS. (2008). Éducation, emploi et productivité (plan d'action). 18 p. Extrait de :
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_professionnelle/ReleverDefiEmploi.pdf].
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. MELS. (2008a). PLAN D'ACTION pour soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Des conditions pour mieux réussir. 4p. Extrait de :
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/PlanActionEHDAA.pdf].

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. MELS. (2009). Tous ensemble pour la réussite scolaire. L'école j'y tiens! 33 p.
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_jeunes/LEcoleJyTiens_TousEnsemblePourLaReussiteScolaire.pdf] (Consulté le 15 avril 2020).
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. MELS. (2011). Direction générale des services de soutien aux élèves. Lignes directrices pour l'intégration scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. 9p. Extrait de :
[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_cempl/LignesDirectricesIntScolElevesHand_1.pdf].
- MEMMI, Dominique (2010). « L'autoévaluation, une parenthèse? Les hésitations de la biopolitique », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n° 128–129, p. 299–314.
- MEMMI, Dominique et Émmanuel, TAÏEB (2010). « Les recompositions du “faire mourir” : vers une biopolitique d'institution », *Sociétés Contemporaines*, vol. 75, n° 3, p. 5-15.
[<https://doi.org/10.3917/soco.075.0005>]
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1945). « L'attention et le jugement », Dans MERLEAU-PONTY, Maurice (1945). *Phénoménologie de la perception*, France : Gallimard, p.50-77.
- MISHRA, Ramesh (1975). « Marx and welfare », *The Sociological Review*, vol. 23, n° 2, p. 287-313.
- MONCRIEFF, Johana (2006). «Psychiatric drug promotion and the politics of neo-liberalism», *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, vol. 188, p. 301-302.
- MOREAU, Nicholas et Florence, VINIT (2007). « Empreinte de corps. Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 19, n° 2, p. 34–45.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES SERVICES SOCIAUX (MSS) (2002). Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille. (Direction des communications du MSSS). 48 p. [<http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/42767>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES SERVICES SOCIAUX (MSS) 2007. Comité de travail (Rapport sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse). 68 p.
[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000987/?&date=DESC&sujet=jeunes-en-difficulte&critere=sujet>].
- NORMANDIN, François (2011). *Le renouveau pédagogique : une perspective foucaldienne sur la réforme de l'éducation au Québec*, Montréal : École nationale d'administration publique, mémoire, 138 p.
- NEGRI, Antonio et Michael HARDT (2000). *Empire*, Paris : Exils 10|18, 571 p.

- OLIVER, Thomas R. (2006). « The Politics of Public Health Policy », *Annual Review of Public Health*, vol. 27, n° 1, p. 195–233.
[<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123126>].
- ORR, Jackie. (2010). « Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis », Dans CLARKE, Adele et collab. (2010). *Biomedicalisation Technoscience, Health and Illness in the U.S.*, Durham-London: Duke University Press, p. 353-379.
- ORSINI, Michael et Francesca, SCALA (2006). « Every virus tells a story : toward a narrative centred approach to health policy », *Policy and Society*, vol. 25, n° 2, p.109-130.
- PELCHAT Yollande, Éric, GAGNON et Annick, THOMASSIN (2006). « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et politique*, n° 55, p. 55-66.
- PEPIN, Matthias (2010). « Vers l'émergence d'une culture entrepreneuriale en milieu scolaire : Un regard ethnographique », *Revue canadienne des jeunes chercheuses en éducation*, vol. 3, n° 1, p. 1–9.
- PERRON, Amélie et Dave, HOLMES (2010). « La citoyenneté des malades mentaux », *Santé mentale au Québec*, vol. 147, p. 17–22.
- PESTAÑA, Jose Luis Moreno (2010). *Foucault, la gauche et la politique*, Paris : Textuel, 144 p.
- PILLONEL, J. et C. SEMAILLE (2011). « Accès au don du sang des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et impact sur le risque de transmission du VIH par transfusion : Tour d'horizon international. Transfusion Clinique et Biologique », vol. 18, n° 2, p. 151-157. [<https://doi.org/10.1016/j.tracli.2011.02.002>].
- PINGAULT, J.-B. et collab. (2011). « Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year longitudinal population-based study », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 168, n° 11, p. 1164–1170.
[<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121732>].
- POIREL, Marie-Laurence et Ellen, CORIN (2011). « Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité », *Santé mentale au Québec*, vol. 36, n° 1, p. 201–216. [<https://doi.org/10.7202/1005817ar>].
- POMEY, Marie-Pascale et collab. (2007). « Le régime général d'assurance médicaments au Québec : un partenariat public/privé confronté à des défis », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 25, n° 5-6, p. 1–17.
- POULIN, Pierre (2007). *Questionnaire d'évaluation pour les enfants et adolescents avec difficulté d'attention, agitation et problèmes de comportement*, 2 p.
[<http://www.attentiondeficit-info.com/pdf/poulinP.pdf>] (Consulté le 16 avril 2020).

- PRUD'HOMME, Julien (2006). « Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 47, n° 2, p. 253-275.
- PRUD'HOMME, Julien (2012). « De la commission Parent aux réformes de la santé et au code des professions, 1961-1974 », *Recherches Sociographiques*, vol. 53, n° 1, p. 83-102. [<https://doi.org/10.7202/1008920ar>].
- RABINOW, Paul et Nikolas, ROSE (2006). *Biopower today*, *Biosocieties*, p.195-217.
- ROOT, Richard et Robert, RESNICK (2003). «An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, n° 1, p. 34-41.
- ROSENBERG, Charles E. (2002). « The Tyranny of Diagnosis : Specific entities and Individual Experience», *The milbank Quaterly*, vol. 80, n° 2, p. 237-260.
- ROSE, Nikolas (1985). *The psychological complex*, Routledge et Keagan Paul edition, 293 p.
- ROSE, Nikolas et Joelle, ABI-RACHED (2013). *Neuro : the new brain sciences and the management of the mind*, Princeton et Oxford: Princeton university press, 355 p.
- ROSE, Nikolas (2007). *The politics of life itself*, Princeton et Oxford: Princeton university press, 350 p.
- ROSE, Nikolas (2019). *Our psychiatric future*, Cambridge : Polity Press, 269 p.
- ROSS, Vincent (1969). « La structure idéologique des manuels de pédagogie québécois », *Recherches sociographiques*, vol. 10, n° 2-3, p. 171-196.
- SAILLANT, Francine (1999). « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, p.15–39.
- SAILLANT, Francine (2000). « Identité, invisibilité sociale, altérité : Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 1, p. 155-171. [<https://doi.org/10.7202/015641ar>].
- SAX, Leonard et Kathleen, KAUTZ (2003). «Who First Suggests the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?», *Annals of Family Medicine*, vol. 1, n° 3, p. 171–174.
- SMITH, Bradley H. et collab. (2001). « The Efficacy, Safety, and Practicality of Treatments for Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) », *Clinical child and family psychology review*, vol. 3, n° 1, p. 243-267. [http://download.springer.com.proxy.bib.uottawa.ca/static/pdf/684/art%253A10.1023%252FA%253A1026477121224.pdf?auth66=1404418179_3c9996ae6b955afa8ece8e759503c29d&ext=.pdf] (Consulté le 1 juillet 2014)

- SMITH, Adam (1843). *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*, 214 p.
[http://classiques.uqac.ca/classiques/Smith_adam/richeesse_des_nations/livre_1/richeesse_des_nations_1.pdf] (Consulté le 15 avril 2020)
- SHNIER, Adrienne et collab. (2013). « Too Few, Too Weak: Conflict of Interest Policies at Canadian Medical Schools », *PLoS ONE*, vol. 8, n° 7, p. 1-9.
- SLOTTERDIJK, Peter (2015). *Tu dois changer ta vie*, France : Pluriel, 654 p.
- SLOTTERDIJK, Peter (2013). *Écumes*, France : Pluriel, 790 p.
- SLOTTERDIJK, Peter (2011). « Climat anthropique ». Dans SLOTTERDIJK, Peter (2011). *Globes. Marcosphérologie. Sphère II*, France : Pluriel, p.124-137.
- SLOTTERDIJK, Peter (2010). *Règles pour le parc humain suivi de La Domestication de l'Être*, France : Mille et une nuits, 186 p.
- SLOTTERDIJK, Peter (2002) *Bulles. Sphères 1*, France : Pauvert Fayard, 687 p.
- SLOTTERDIJK, Peter (2000). *La mobilisation infinie*, France : Christian Bourgeois éditeur, 328p.
- ST-ONGE, Claude (2013). *Tous fous*, Montréal, Écosociété, 275 p.
- ST-ONGE, Claude (2015). *TDAH? Pour en finir avec le dopage des enfants*, Montréal, Écosociété, 213 p.
- SUVOROV, Alexander et collab (2009). « Perinatal exposure to low-dose BDE-47, an emergent environmental contaminant, causes hyperactivity in rat offspring », *Neonatology*, vol. 95, n° 3, p. 203–209. doi : 10.1159/000155651.
- TARDIF, Maurice et collab. (2017). *L'organisation du travail des acteurs scolaires : points de repères sur les évolutions au début du XXI^e siècle*, Québec : Presse de l'Université Laval, 178 p.
- TARDIF, Maurice (2013). *La condition enseignante au Québec du XIX^e au XXI^e siècle*, Québec : Les presses de l'Université Laval, 334 p.
- TARDIF, Maurice et Louis, LEVASSEUR (2005). « Les rapports professionnels entre les techniciens et les enseignants dans la division du travail au Québec », vol. 1, n° 15, p. 169–188. [http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ES_015_0169].
- TARDIF, Maurice (1993). « Savoirs enseignants et professionnalisation de l'enseignement : remarques et notes critiques », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 19, n° 1, p. 173-185. [<https://doi.org/10.7202/031606ar>].
- THIVIÈRGES, Marïse (1981). *Les institutrices laïques à l'école primaire catholique, au Québec, de 1900 à 1964*, Québec : Université Laval, Thèse de doctorat, 436 p.

- TURMEL, André (2008). *A Historical Sociology of Childhood*, Cambridge, Cambridge University Press, 362 p.
- TURMEL, André (2017). *Le Québec par ses enfants, une sociologie historique (1850-1950)*, Montréal, Presse de l'Université de Montréal, 321 p.
- VAILLANCOURT, Jessica (2013). *Pratiques éducatives des parents d'adolescents présentant un TDAH : perception des parents et des adolescents en lien avec les comportements à risque*, Montréal : Université de Montréal, Mémoire en psychoéducation, 88 p.
- VALIQUETTE, Guy (2014). « Les premières lois scolaires (survol) 1841-1960 », *Histoire Québec*, vol. 19, n° 3, p. 21–27.
- VENDITTI, Raymonde (2005). *Intégration scolaire des élèves handicapés par une déficience intellectuelle et le droit à l'égalité*, Montréal : Université de Montréal, Mémoire en droit, 143 p.
- WAKEFIELD, Jerome (2010). « Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment », *Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 4, p. 337-351.
- WAKEFIELD, Jerome (2006). « *Fait et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable* », *Philosophie et psychopathologie*, vol 33, n° 1, p.37-63.
- WELNIARZ, Bertrand (2011). « De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé », *Perspective psy*, vol 50, n° 1, p. 16-22.
- WILENS, Tim E. et collab. (2002). « Psychiatric Comorbidity and Functioning in Clinically referred Preschool Children and School-Age Youths with ADHD », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, n° 3, p. 262–268.
- ZAMORA, Daniel (Dir) (2014). *Critiquer Foucault : Les années 1980 et la tentation néolibérale*, Belgique : Édition Aden, 184 p.
- ZECCA, Marine (2001). « Institut de rééducation et “troubles de comportement” comme symptôme du vacillement des repères anthropologiques et politiques », *VEI Enjeux*, n° 126, p 115-130.

Annexe 1 : DSM-III

50 Catégories diagnostiques

Dans de nombreux cas de **Troubles des conduites**, il existe des signes d'impulsivité, d'inattention et d'hyperactivité. Le diagnostic additionnel de Trouble déficitaire de l'attention est fréquemment justifié.

Dans la **Schizophrénie** et les **Troubles affectifs avec éléments maniaques**, des éléments cliniques caractéristiques d'un Trouble déficitaire de l'attention peuvent exister. Néanmoins, ces diagnostics priment celui de Trouble déficitaire de l'attention.

Critères diagnostiques du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

L'enfant montre des signes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité inappropriés, compte tenu du développement correspondant à son âge mental et réel. Les signes doivent être relevés par des adultes de l'entourage de l'enfant, parents ou professeurs par exemple. Les symptômes étant généralement variables, ils peuvent ne pas avoir été observés directement par le clinicien. En cas de désaccord entre les parents et les professeurs, on doit attacher une plus grande valeur aux observations des professeurs, plus habitués aux normes appropriées à chaque âge. Typiquement, les symptômes s'aggravent dans des situations requérant de l'application, en classe par exemple. Les signes de ce trouble peuvent manquer en relation duelle avec l'enfant ou lorsque celui-ci est dans une situation nouvelle.

Le nombre de symptômes mentionnés se rapporte à des enfants de 8 à 10 ans, fourchette d'âge typique prise pour référence. Des formes symptomatiques plus sévères et un plus grand nombre de symptômes sont généralement présents chez les enfants plus jeunes contrairement à ce qui est constaté chez les enfants plus âgés.

A. Inattention. Au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) souvent, n'arrive pas à finir ce qu'il (ou elle) commence
- (2) souvent, n'a pas l'air d'écouter
- (3) facilement distrait(e)
- (4) a du mal à se concentrer sur le travail scolaire ou sur d'autres tâches requérant une attention soutenue
- (5) manque de constance dans les activités de jeu

B. Impulsivité. Au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) agit souvent avant de penser
- (2) passe trop souvent d'une activité à une autre
- (3) a du mal à organiser son travail (cela n'étant pas dû à un déficit cognitif)
- (4) a besoin d'un encadrement strict
- (5) interventions intempestives en classe
- (6) a du mal à attendre son tour au cours des jeux ou des situations de groupe

C. Hyperactivité. Au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) court trop ou grimpe partout

Troubles de la première et deuxième enfance, ou de l'adolescence 51

- (2) a du mal à rester tranquille ou s'agite trop
- (3) a du mal à rester assis
- (4) a un sommeil trop agité
- (5) est toujours « sur la brèche » ou agit « comme monté sur un ressort »

D. Début avant l'âge de 7 ans.

E. Durée d'au moins 6 mois.

F. Non dû à une Schizophrénie, à un Trouble affectif ou à un Retard mental grave ou profond.

314.00 Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité

Les manifestations sont toutes identiques à celles du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, à l'exception de l'hyperactivité ; les caractéristiques associées et le handicap sont en général plus modérés. La prévalence et les aspects familiaux sont inconnus.

Critères diagnostiques du Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité

Les critères de ce trouble sont les mêmes que ceux du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, à l'exception du fait que le sujet n'a jamais présenté d'hyperactivité (critère C).

314.80 Trouble déficitaire de l'attention. Type résiduel

Critères diagnostiques du Trouble déficitaire de l'attention, Type résiduel

A. On retrouve dans les antécédents du sujet les critères du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Cette information peut être fournie par le sujet lui-même ou d'autres personnes, des membres de sa famille par exemple.

B. Les signes d'hyperactivité ont disparu, mais d'autres signes de la maladie persistent sans période de rémission, ce dont témoignent à la fois des signes de déficit de l'attention et d'impulsivité (par exemple, difficultés à organiser son travail et à terminer des tâches, difficultés de concentration, distractibilité, prises de décisions soudaines sans penser aux conséquences).

C. Les symptômes d'inattention et d'impulsivité entraînent une certaine altération du fonctionnement social ou scolaire quotidien.

D. Non dû à une Schizophrénie, à un Trouble affectif, à un Retard mental grave ou profond, ou à une Personnalité schizotypique ou limite (borderline).

Annexe 2 : DSM-IV

■ Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

- (1) six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

- (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
- (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

- (2) six des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)

(suite)

□ Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité (suite)

- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- (f) parle souvent trop

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (h) a souvent du mal à attendre son tour
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents (p. ex., à l'école – ou au travail – et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

Code selon le type :

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si à la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

F90.0 [314.00] Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli mais pas le Critère A2

F90.0 [314.01] Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le Critère A1

Note de codage : Pour les sujets (particulièrement les adolescents et les adultes) dont les symptômes ne remplissent plus actuellement l'ensemble des critères diagnostiques, spécifier : « en rémission partielle ».

Annexe 3 : Lieux de prestation de soins en pédopsychiatrie au Québec

Type	Ressource	Municipalité
ASSOCIATION SANTÉ	PROGRAMME QUÉBÉCOIS DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (CIUSSS — HÔPITAL DE JONQUIÈRE)	Saguenay
CENTRE HOSPITALIER	CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES EN PÉDOPSYCHIATRIE DE LÉVIS	Lévis
CENTRE HOSPITALIER	CENTRE HOSPITALIER DE LANAUDIÈRE	Saint-Charles-Borromée
CENTRE HOSPITALIER	CENTRE PROVIDENCE	Granby
CENTRE HOSPITALIER	CHU DE QUÉBEC	Québec
CENTRE HOSPITALIER	CLINIQUE PEDOPSYCHIATRIQUE DE SAINT-EUSTACHE	Saint-Eustache
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL	Baie-Saint-Paul
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	Saguenay
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL DE MONTMAGNY	Montmagny
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR-DE-MONTRÉAL	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL FLEURIMONT	Sherbrooke
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF (PAVILLON 3755)	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL JEAN-TALON	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (PAVILLON ROSEMONT)	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL RÉGIONAL DE PORTNEUF	Saint-Raymond
CENTRE HOSPITALIER	HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	Lévis
CENTRE HOSPITALIER	INSTITUT NATIONAL DE PHYCHIATRIE LÉGALE PHILIPPE-PINEL	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	PAVILLON ALBERT-PRÉVOST	Montréal
CENTRE HOSPITALIER	PAVILLON ARC-EN-CIEL	Trois-Rivières
CENTRE JEUNESSE	CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX — DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ET DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE	Rouyn-Noranda
CENTRE JEUNESSE	FOYER DE GROUPE DE ROBERVAL — L'INTERVALLE	Roberval
CLINIQUE MÉDICALE	GMF ELNA DÉCARIE — CLUB TINY TOTS — CLINIQUE MÉDICALE DES BOUTS DE CHOUX	Côte-Saint-Luc
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	CLINIQUE ARÈS-MORENCY	Victoriaville
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	CLINIQUE EXTERNE EN SANTÉ MENTALE ADULTE ET EN PÉDOPSYCHIATRIE DE CHÂTEAUGUAY	Châteauguay
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	CLINIQUE EXTERNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE (SALABERRY-DE-VALLEYFIELD)	Salaberry-de-Valleyfield
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	CLINIQUE EXTERNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE (VAUDREUIL-DORION)	Vaudreuil-Dorion
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	CLINIQUE FOCUS	Saint-Augustin-de-Desmaures
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	CLINIQUE MÉDICALE NOVA	Montréal
CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE	SERVICES DE CONSULTATION EXTERNE DE PSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	Saint-Jean-sur-Richelieu
CLSC — CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES	CLSC DE GASPÉ	Gaspé
GMF — GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE	GMF POLYCLINIQUE MÉDICALE PIERRE-LE GARDEUR (GMF-R)	Terrebonne

HÔPITAL DE JOUR	CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES EN PÉDOPSYCHIATRIE DE REPENTIGNY (CLINIQUE EXTERNE)	Repentigny
ORGANISME COMMUNAUTAIRE	DÉCLIC — INITIATIVES POUR LA FORMATION ET L'EMPLOI DES JEUNES	Montréal
ORGANISME COMMUNAUTAIRE	DEUIL-JEUNESSE (MONTRÉAL)	Montréal
ORGANISME COMMUNAUTAIRE	MISSION BON ACCUEIL	Montréal

Annexe 4 : témoignage #1



TDAH

September 2, 2013

Vous les rencontrez un peu partout.

Au marché, dans le métro, chez le médecin...

Parfois, vous assistez aux crises de leurs enfants au parc ou au supermarché.

Vous les trouvez très patientes ou trop peu.

Quand vous les regardez de près, vous trouvez peut-être qu'elles sont particulièrement cernées, essoufflées.

À certains moments, vous vous faites la réflexion qu'elles ont le dos un peu courbé.

Pas toujours facile, d'être une maman.

Vous comprenez, la plupart du temps.

Malgré tout, il peut vous arriver de vous demander pourquoi elles s'absentent si souvent du travail? Pourquoi elles ne font pas de bénévolat à l'école? Pourquoi, il y a cette lueur dans leur regard qui semble parfois plongé vers un ailleurs, un invisible...

Si vous les connaissez un peu intimement, vous êtes peut-être parfois irrité de les entendre parler si souvent des mêmes sujets. De vous expliquer le pourquoi du comment et le peut-être au sujet du comportement de leur enfant.

Ces femmes, qui sont des parents comme vous, vous laissent un peu interrogatifs.

Pourquoi sont-elles si souvent fatiguées?

Pourquoi vous semblent-elles si souvent désorganisées?

Pourquoi sont-elles éventuellement en dépression, en processus de séparation?

Qu'est-ce qui est si différent chez elles?

Ce sont des mères presque comme les autres.

Des mères d'enfants différents.

Elles vous ressemblent beaucoup. Elles ont porté un enfant, souhaitant le plus beau des avenir pour lui. Elles ont mangé des légumes frais, bu du lait, passé des échographies, évité l'alcool, lu des bouquins...

Elles ont mis leur bébé au monde et puis un jour, rapidement ou sur le tard, une petite alarme a sonné et il leur a fallu partir à la chasse au diagnostic.

C'est là qu'elles ont commencé à se différencier de vous.

Oh! Tout comme vous, elles ont continué de faire de leur mieux, concoctant des purées, stimulant l'apprentissage de la marche et du langage. Craquant devant de belles bottines et achetant trop de peluches. Elles ont continué d'aimer leur enfant de toute leur âme, comme vous.

La différence, c'est qu'elles ont dû ouvrir la porte d'un monde parallèle et franchir le seuil que tous ne doivent pas franchir. Elles ont découvert ce « ailleurs » vers lequel leur regard se tourne parfois et les rend « lunatiques ».

Depuis ce jour-là, elles vivent une expédition quotidienne, une aventure qu'aucun agent de voyage ne met en vitrine.

La vie avec un enfant différent. La vie d'une mère d'enfant différent.

Dyspraxie, dysphasie, Asperger, TED, dysgnosie, dysfonction non-verbale, trouble attentionnel, dysmnésie, paralysie... Les différences sont trop nombreuses pour êtres toutes énumérées...

Peut importe la différence, le handicap, le défi de l'enfant. Ces mères se sont vu un jour remettre la clef de ce monde parallèle avec un choix tout simple :

« Tu t'impliques à fond pour trouver les meilleurs outils pour ton enfant »

ou

« Tu ne t'impliques pas et tu lui fermes presque toutes les portes »

Alors elles ont pris la clef et elles ont foncé.

Que faire d'autre?

Depuis, elles accumulent les kilomètres qui les mènent souvent dans des directions diamétralement opposées, vers des cliniques, des centres, des bureaux, des écoles.

Elles traînent une grosse sacoche, remplie de rapports, de prescriptions, de

documentation, de jouets pour patienter, de craquelins, de monnaie pour les stationnements ou l'autobus.

Elles motivent des absences à l'école et au bureau, elles griffonnent dans des agendas et des calendriers, jonglant avec le temps pour tout entrer dans les cases qu'on leur offre. Souvent, elles mettent fin à leur carrière...

Elles attendent aussi. Beaucoup. Attendent qu'on inscrive leur enfant sur une liste d'attente. Attendent que le téléphone sonne pour annoncer qu'une place se libère. Attendent dans des salles d'attente, souvent beiges, parfois sommairement décorées pour faire « on aime les enfants ici ». Elles attendent des résultats de prises de sang, de tests psychologiques et physiques.

Elles attendent un diagnostic. Puis des pistes de solutions.

Elles racontent leur vie de long en large à divers intervenants. C'est à se demander si elles ne devraient pas tout enregistrer ou mettre en PowerPoint pour résumer les tenants et aboutissants qui motivent leurs démarches.

Elles posent des questions. Trop de questions. « Vous demanderez à la personne qui vous contactera pour poursuivre le dossier ».

Elles se font parfois dire que c'est trop compliqué à comprendre. Qu'elles doivent simplement suivre les indications et que ça ira.

Elles se sentent souvent coupables. « Mais non Madame, ce n'est pas de votre faute. Mais qu'avez-vous mangé déjà enceinte? Vous sentiez-vous déprimée? Avez-vous allaité? »

Elles se font souvent dire qu'elles doivent travailler sur elles pour ainsi influencer positivement l'enfant, la famille, la société.

« Prenez soin de vous, Madame, c'est important. »

« Mais n'oubliez pas le rendez-vous du 18, les prises de sang du 20, l'évaluation en ergothérapie le 21. Faites les exercices tous les soirs à 18 : 00. Pensez à acheter le tableau de motivation. Fabriquez des pictogrammes. Téléphonnez à l'école. Contactez votre médecin de famille – Quoi? Vous n'avez pas de médecin de famille? Inscrivez votre enfant à une activité parascolaire, c'est important. Travaillez son estime personnelle. Faites comprendre à votre ex que Junior a un handicap. Achetez des tomates bios... Restez calme, votre enfant est une éponge. »

« Les kleenex sont à votre gauche. On se voit le mois prochain. Prenez soin de vous! »

Les mères d'enfants différents sont, par la force des choses, des mères différentes.

Elles pleurent plus souvent dans les stationnements. Elles analysent des détails de la journée à s'en étourdir comme ça ne se peut pas.

Elles parlent un langage méconnu. Peuplé de termes généralement utilisés par les psys, les docs et tous les autres diplômés en santé et en relation d'aide.

Elles tentent d'expliquer ces termes à leur conjoint, à leur famille. Fréquemment, elles se butent à un mur d'incompréhension. « Yé pas malade,

yé paresseux. » « Arrête de t'inquiéter, ça va passer tout seul avec le temps ».
« Tu le gâtes trop! »

Les mères différentes ne veulent pas qu'on les plaigne.

Elles ne se voient pas comme des Mères Courage.

Pour faire preuve de courage, il faut avoir le choix de se défilier...

Une mère, ça ne veut pas se défilier...

Appelez-les Mères Espoir...

Mylen Vigneault

<http://www.yoopa.ca/blogueurs/billet/meres-et-monde-parallele>

Like · Comment · Share

3,678

761

9,373 Shares

3,678 people like this.

Top Comments

Annexe 5 : témoignage #2



TDAH

March 10, 2014 ·

« Je vais prendre un couteau et me le rentrer dans le corps » Sont les mots qui sortent de la bouche de mon fils de 6 ans, un certain 10 décembre 2013. Ces mots résonnent dans notre tête, on a l'impression que le temps s'est arrêté. Son père et moi, les yeux remplis d'eau, le regardons avec un sentiment plus qu'immense, d'incompréhension. Que se passe-t-il? Qu'est-ce qui le rend malheureux au point de vouloir mourir? À ce moment nous ignorons que le coupable est le TDAH, soit le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. C'est un mal de vivre silencieux qui afflige le quotidien de l'enfant. On ne le voit pas, si bien que lorsque le diagnostic tombe, les dégâts sont déjà nombreux. Bien qu'il semble anodin, le TDAH peut conduire à un véritable calvaire.

On se réveille tranquillement, c'est lundi. « Il y a école ce matin, habille-toi » Inutile de vous dire que répéter est une seconde nature chez nous. Pourtant, je l'avoue, cela s'avère rarement efficace. Confronté à la montre, j'effectue la tâche à sa place soit l'habiller, le nourrir à la cuiller, lui brosser les dents, le conduire à l'arrêt d'autobus qui est situé directement dans mon entrée et malgré cela, il réussit à rater son bus. Je le reconduis à l'école « Bonne journée chéri ». Au retour du dîner, il a oublié de descendre du bus. La chauffeuse ne le remarque qu'au retour du trajet et le fais descendre. Fiou ! Il a oublié son ensemble d'hiver sur son banc! Pas grave, on en a 3 autres! On l'avait prévu... ça arrive tellement souvent! La routine éreintante de répète recommence : mange, brosse tes dents, habille-toi etc.... Ce soir, il revient de l'école avec ses devoirs. Lui, en a le double des autres car n'arrive pas à terminer les tâches usuelles de sa journée d'école. Il pleure parce qu'il n'en voit pas le bout, on s'enferme dans sa chambre à l'abri de toutes les stimulations possibles. Comme il n'existe plus aucune distractions possibles près de lui, il fini par jouer avec ses orteils. Je ne peux toujours bien pas les lui couper ! Je remarque son regard triste et le questionne. Il m'apprend : qu'il n'a pas eu de récréation aujourd'hui car il sautait sur la rampe d'escalier, qu'il a vu l'éducatrice spécialisée parce qu'il a refusé de faire un travail trop difficile pour lui, que demain c'est l'activité récompense de la semaine mais que lui ne l'aura pas car il a trop de retard et qu'il doit s'avancer un peu. .. Ouf... quelle galère! Les appels de l'école sont nombreux. « Votre fils refuse de faire les travaux, il a rencontré l'éducatrice spécialisée 3 fois cette semaine », « Malgré que ses travaux soient allégés, il ne les termine pas », « Il dérange les autres, parle sans

arrêt, pourtant il connaît les consignes ». Plus les jours se suivent, plus ils se ressemblent, à une différence près. Je vois mon fils sombrer de plus en plus. Son sourire s'est envolé pour laisser la place à un regard meurtri. Maintenant, chaque nuit il se réveille en pleurant et criant. On ne sait plus quoi penser jusqu'au jour où il prononce cette fameuse phrase : « Je vais prendre un couteau et me le planter dans le corps ». Pas une minute de plus, on est dans la voiture pour l'hôpital. C'est là que le diagnostic tombe ! TDAH... ? Mais qu'est ce que c'est ? Le TDAH s'explique par un problème d'ordre neurologique qui cause entre autre un débalancement au niveau des neurotransmetteurs du cerveau. Cette dysfonction conduit à plusieurs symptômes directement ou indirectement lié, à niveau plus ou moins élevé. Sachez que la liste qui suit est non exhaustive. En ce qui a trait à mon garçon, il souffre de la plupart de ces manifestations. Donc : difficulté à se concentrer sur des tâches aussi simple que manger et s'habiller, impulsivité ce qui le conduit à agir avant de réfléchir, hyperactivité psychomotrice, difficulté motricité globale et fine, désorganisation dans son espace de travail, désorganisation dans le temps, oublie chroniques, susceptibilité, irritabilité, anxiété de performance, isolement, etc etc...

De par leur problématique, les répercussions s'enchaînent rapidement. Ces enfants font face à de nombreux échecs dans la vie de tous les jours et sont incompris. Ainsi, ils perdent l'estime d'eux-mêmes, s'isolent, abandonnent les tâches simples et bien souvent finissent par développer

un trouble d'opposition car malgré tous leurs efforts, ils n'arrivent jamais à se conformer aux demandes des adultes alors à quoi bon persévérer? De surcroît, ils deviennent victimes de préjugés. Aux yeux des gens, ils semblent paresseux car ils évitent à tout prix les tâches qui demande un effort mental, ils sont dérangeant car n'arrive pas à contrôler leur agitation physique et mentale. Ils mettent les gens en colère car perdent sans cesse du temps. Cet enfant est mal élevé, se disent-ils. Ce texte n'est qu'une minuscule représentation du quotidien qui les afflige. La souffrance qu'engendre le TDAH est immense. En fait, elle est si grande qu'elle a réussi à rendre mon fils malheureux au point de vouloir mourir.

Avec le diagnostic, notre quotidien se ressemble, cependant en étant conscients de ses limitations, nous pouvons tous désormais vivre son TDAH avec lui et le soutenir à travers toutes ses épreuves. Il est maintenant perçu comme un être courageux et non plus paresseux. Petit à petit, il reprend confiance en lui. Puisqu'il est silencieux et invisible, pour l'intégrité de nos enfants, soyons à l'affût. Un soutien précoce peut sauver bien des dégâts, peut-être même des vies, qui sait?

Caroline Garneau
maman

Like Comment Share

2,815 people like this.

[Top Comments](#)

4,253 shares

Annexe 6 : témoignage #3



TDAH

October 31, 2014 ·

Votre enfant est un monstre...

Non, mon enfant est extraordinaire !!

texte de Carine Du Sablon

Quand je m'imaginais devenir mère, je croyais fermement avoir un enfant extraordinaire. Vous savez, cet enfant doué d'une intelligence supérieure, le petit prodige qui se démarque du lot. Lui, le petit Einstein ou le petit Mozart qui enchante tout le monde ? L'enfant qui rend ses parents si fiers et tous les autres jaloux. Je voulais que mon fils sorte du lot. Je voulais lui apprendre toutes les choses que la majorité des enfants de son âge ne connaissent même pas. Le rendre extraordinaire quoi ! Ma bulle a éclaté assez vite. J'ai hérité d'un enfant spécial, mais pas comme je l'avais imaginé. J'étais la mère d'un enfant ... différent. Non seulement je voyais tous mes rêves brisés, mais j'allais également devoir faire le deuil de l'enfant «normal». J'ai toujours cru, du moins, au début, que j'avais hérité d'un enfant difficile. Lorsque mon fils a eu trois ans, non seulement le «terrible two» ne se terminait jamais, mais tout le monde était à bout de souffle, moi plus que les autres. Il faisait des crises à ne plus finir, il explosait constamment, il n'apprenait rien.

Tout le monde le rejetait, autant les adultes que les autres enfants. La situation et l'environnement étaient invivables autant pour lui que pour moi. Nous étions malheureux. Chaque jour qui passait, ne faisait que nous écorcher davantage. Mon fils ne vivait que des échecs, partout, dans ses relations, dans ses apprentissages, dans son développement. J'avais mal pour lui et avec lui. Le plus difficile était le jugement des autres; mon fils était un monstre et c'était de ma faute. Même si je faisais tout mon possible, je n'y arrivais pas. Je pleurais en cachette, à bout de souffle, souvent après avoir été écorché par un jugement. J'aurais tellement aimé que les autres portent un peu mes souliers, pour qu'ils comprennent à quel point c'était dur. Même si je faisais les bonnes choses, ce n'était jamais suffisant. Je voyais l'avenir comme un enfer et je n'avais pas le goût d'y mettre les pieds. Puis l'éducatrice de mon fils m'a conseillée de consulter parce qu'elle ne pourrait plus s'occuper de lui, c'était trop difficile. Elle m'a dit : « Amène-le à l'hôpital, ils vont bien voir que ça n'a pas de sens ! ». Ce que j'ai fait...

Les diagnostics sont tombés rapidement. Mon garçon souffrait d'un TDAH, d'un trouble d'opposition et d'un trouble de régulation émotionnelle. Voilà que les professionnels me disaient : votre enfant va «rusher» toute sa vie et par le fait même, vous aussi. C'est ce que je croyais... On a rapidement hérité d'un suivi avec un pédopsychiatre, une psychologue, un ergothérapeute. C'en ai suivi des rendez-vous à n'en plus finir et ... de la médication. J'allais franchir le pas et tomber dans la catégorie des mères indignes qui «drogue» leur enfant pour avoir la paix. Je n'ai jamais regretté ce choix, mais j'ai souvent douté, de moi, de mon fils et des diagnostics. Je voulais tant qu'il soit comme les autres. Par contre, en prenant cette décision, j'ai permis à mon fils de redevenir un enfant. Le rejet, les échecs, les crises ont grandement diminués.

Mon fils s'est mis à sourire au lieu de crier. Il est devenu comme les autres enfants, heureux. Il a rapidement rattrapé le retard de développement qui le talonnait, dû à son incapacité à se concentrer. Il a retrouvé la joie de vivre et il est devenu adorable ! Mon garçon est différent et c'est se qui le rend extraordinaire. Il a cette façon unique de voir la vie, de fonctionner et de m'éblouir. Oui, il ne rentre pas dans le moule que la société impose. Oui, il sort du lot. Oui, il évolue et chemine différemment. Oui, c'est très demandant. Oui, c'est souvent difficile. C'est des rendez-vous chaque semaine. Je dois le faire bouger énormément, je dois travailler avec lui sans relâche pour diminuer ses comportements et ses crises. C'est de l'adaptation constamment, pour tout. Tout doit être prévisible ; tout doit être

connu à l'avance pour lui sinon ça génère des crises. Je dois prévoir les interventions pour toutes les situations susceptibles de le déranger. Je dis souvent que je suis une gymnaste de l'horaire, car tout faire chaque semaine est un défi constant.

Avec lui, je dois m'impliquer dans tout. Je dois veiller à ce que les plans d'interventions soient respectés à l'école, analyser toutes les activités auxquelles il va participer afin de m'assurer que tout soit adapté pour lui. Contrairement aux autres parents, je ne peux pas juste me contenter du nécessaire. Je dois constamment faire le maximum, voire l'impossible. Le département des miracles, il est chez moi et c'est moi qui le gère.

Beaucoup de personnes me trouvent courageuse, beaucoup à ma place auraient baissé les bras, beaucoup auraient abandonné. Personne ne prendrait ma place. Mon fils m'aime et je l'aime aussi. Il me dit souvent : «Maman, je t'aime à l'infini exponentiel infini avec des couleurs d'arc-en-ciel au chocolat !» C'est pour cela que je vais soulever des montagnes pour lui, par amour.

Il n'a pas choisi d'être différent, ce n'est pas de sa faute. Il n'aura jamais le chemin facile, il devra se battre tous les jours et faire face à des défis constamment. Il se bat pour être mieux, pour être heureux et il se bat pour vivre... Il devra affronter les jugements toute sa vie et il devra s'adapter à notre monde. Il devra essayer le mépris, l'incompréhension et la haine des autres. Parce que quand on est différent, les autres ne nous aiment pas... Les autres ne comprennent pas, ils jugent, ils blessent... alors quand vous direz que mon enfant est un monstre, je vous répondrai qu'il est extraordinaire !!

Like

Comment

Share

1,027 people like this.

[Top Comments](#)

748 shares

Annexe 7 : Témoignage # 4



TDAH with Liliane Milot

March 14, 2014 ·

Texte signé par Caroline Garneau , au nom du groupe enfant différent, parent différent Québec (TDAH)

Je suis parent d'enfant « ritalinisé »

Oui, je l'avoue, mère indigne que je suis, je donne une pilule de cette drogue le matin et je recommence ce même voie de fait au dîner. J'intoxique mon enfant du lundi au vendredi. Oui, j'utilise même un horaire pour le faire, une méthodologie bien précise, comme un psychopathe aguerri, tout est méticuleusement calculé. La fin de semaine, puisque mon enfant n'est plus sous médication, je revêts mon imperméable pour faire couler vos regards de mépris sur mon dos. Vos regards qui nous disent : quel enfant mal élevé! Vos pensées qui disent : si c'était mon enfant, ça ne se passerait pas comme ça! Malheureusement, ils ne font pas d'imperméable pour enfant. Nos petits voient tout, entendent tout. Heureusement, parents d'enfants « ritalinisé » avons aussi un costume de super héros. Celui là, il est très lourd à porter, il nous fait courber les épaules sous son poids mais c'est avec ce costume là qu'on réussit à passer au travers.

Vous avez deux paires de mains. Une pour cacher vos oreilles pour éviter de nous entendre et une paire sur vos yeux pour ne pas nous voir. Tristement, il vous manque une paire, celle qui devrait être sur votre bouche pour vous empêcher de nous juger. Se faire une opinion sans avoir vu ni entendu n'est que pur ineptie. Chaque fois qu'un texte portant sur le TDAH et sa médication est publié, notre costume d'Iron Man s'alourdit. Où êtes-vous donc quand nous faisons la fête? Oui, nous fêtons, nous avons des émotions. Nous fêtons quand notre enfant de 6 ans, 8 ans, 12 ans se brosse les dents sans aide. Quand il réussit à s'habiller, quand il revient à la maison fier d'avoir réussi son exposé oral, quand il se fait enfin un ami, quand il réussit à s'endormir le soir avant minuit, quand il gère ses émotions, quand il pense à aller à la toilette lui-même et qu'il évite de salir son pantalon, nous fêtons. Ces petites choses anodines nous rendent tellement heureux qu'elles allègent notre habit de super héros. Où êtes-vous quand nous pleurons? Parce que ça, ça arrive souvent et on est

vous quand nous pleurons? Parce que ça, ça arrive souvent et on est souvent seuls. Nous pleurons car notre enfant est exclus de son groupe d'amis car ça va trop vite dans sa tête, il parle sans arrêt, coupe la parole aux autres enfants, les bouscule ou fait des bruits de bouche. Nous pleurons quand il nous dit : « je suis nul », « je ne vaut rien ». Quand l'école nous appelle pour nous annoncer l'échec scolaire, quand nous sommes obligé de pousser nos investigations car le pédiatre soupçonne autre chose que le TDAH, quand nous avons notre première prescription de Ritalin, quand notre enfant nous parle de suicide, quand la belle-sœur, le grand-père, l'ami nous accuse de droguer nos enfants, nous pleurons. Par-dessus tout, ce qui nous fait le plus pleurer c'est quand nous voyons un article dans le journal ou la télé portant sur le TDAH et sa médication. Nous pleurons car nous savons que notre costume d'Iron Man sera plus lourd encore et que déjà, nous pensions ne plus être capables de le supporter.

Enlevez donc vos mains de sur vos yeux et de sur vos oreilles car vous êtes en train d'en faire pousser à la société entière. Enlevez-les de sur vos yeux et sur vos oreilles pour les joindre aux nôtres pour nous soutenir à travers tout ce que nous vivons. Vous verrez alors que le TDAH n'a rien à voir avec des enfants qui bougent beaucoup. Vous découvrirez alors que l'hyperactivité n'est que la face visible de ce problème complexe et très envahissant. Encore là, voulez-vous vraiment le voir et l'entendre? Si oui, nous sommes là pour vous le dire et vous montrer.



Like

Comment

Share

Karine Gagnon and 3,465 others like this.

[Top Comments](#)

Annexe 8 : Témoignage #5



TDAH

June 23 · Edited ·

Bonjour,

J'ai douze ans et je suis un élève de 6e année à votre école. Je suis atteint d'un TDAH assez sévère (certains penseront « encore le diagnostic à la mode ») mais pour moi c'est bien réel. Je suis symptomatique depuis l'âge de trois ans. Je suis encore suivi par une neuropsychologue et plus de 80% de ma famille en est atteint. J'ai fait tout mon primaire à l'école XXX. En maternelle et en 1^{ère} année on avait un pronostic assez sombre sur mes capacités à terminer mes études au régulier. Mon TDAH a été traité, j'ai reçu des services d'orthopédagogie et j'ai eu la chance de bénéficier d'aide aux devoirs presque personnalisée de la 2^e à la 5^e année. Tous les jours je dois faire de gros efforts pour rester immobile en classe et tenter de me concentrer. La charge cognitive est tellement élevée qu'au retour de l'école je n'ai plus la capacité de me remettre dans mes études. Avec les années j'ai appris à mettre tout mon petit change pour y parvenir. Je dois réviser la matière apprise en classe car j'en intègre moins de la moitié lors des cours. Je passe au moins une heure par jour à réviser et à étudier. Mes parents ont travaillé fort pour que j'arrive à rester motivé. Souvent alors que j'étudie tard le soir je dis à ma mère « je ferme mes yeux mais continue à me poser des questions pour mon examen, c'est que mes yeux brûlent trop ». Je veux avoir de bonnes notes, je travaille très fort, mais les résultats ne sont pas au rendez-vous.

Afin de tenter de comprendre ce mystère, j'ai eu une évaluation en orthophonie en 5^e année. On y apprenait que j'ai un trouble d'accès lexical modéré et une dysorthographe légère. Ce qui est particulier c'est que lors de la présentation des résultats par la professionnelle, elle a dit « je ne comprends pas comment cet enfant là a pu se rendre en 5^e année ainsi » ... c'est tout dire. Suite à cette rencontre, mon enseignante m'a choisi comme élève méritant l'appréciation jeunesse par le Club optimiste. J'étais alors très fier de moi. Ça m'a donné une petite poussée pour continuer. Malgré mes craintes reliées à mes limites, j'ai décidé de relever le défi de la 6^e année en anglais intensif. Mes parents voulaient d'abord me changer d'école pour que je suive un programme régulier. J'ai refusé, d'autant plus que tous mes amis sont à l'école XXX. Je ne pouvais pas perdre ce que

j'avais mis tant d'années à construire. Ha! Oui! J'oubliais ... j'ai aussi un trouble de modulation sensorielle dans le registre de l'hypersensibilité. Ceci entraîne entre autre de grandes rigidités dans tout ce que je fais. J'ai dû faire certains apprentissages afin de socialiser de façon acceptable et je réussis assez bien. Encore un aspect sur lequel j'ai travaillé très fort.

La 6e année a été un gros défi. Souvent j'étais tellement perdu que mes parents devaient revoir toute la matière avec moi ... le travail en double quoi! Mais j'ai tout de même réussi! Avec l'histoire de mon cheminement j'étais vraiment fier de moi quand mes parents m'ont annoncé que j'irais au secondaire en même temps que tout le monde.

C'est avec une grande fierté que je me suis présenté à ma soirée de finissants. Et surprise, on y remettait des méritas. J'avais tellement travaillé fort que je risquais fort de recevoir une reconnaissance quelconque. Je suis resté plus d'une heure assis à regarder les autres monter sur scène et se faire applaudir. Plusieurs ont même reçu deux, trois voire même quatre méritas... j'attendais mon tour et il n'est jamais venu. J'étais très déçu et je l'ai dit à mes parents. Ils m'ont expliqué qu'eux étaient très fiers de moi mais ce n'est pas pareil ... eux ce sont mes parents, ils seront toujours fiers de moi. J'ai surmonté ma déception et je me suis tout de même beaucoup amusé à la fête de fin d'année. Avec le temps j'ai développé une bonne capacité de résilience. Je tombe souvent, trop souvent, mais je me relève toujours avec le sourire et je continue mes efforts.

Bien entendu ce n'est pas mon fils qui vous écrit cette lettre mais bien moi en tant que mère. Je tenais à vous faire mieux connaître mon merveilleux

garçon pour lequel j'ai énormément d'admiration. Ce petit garçon extraordinaire qui a passé 7 ans dans votre école sans trop se faire remarquer. J'étais une enfant plutôt douée à l'école et jamais je n'aurais eu la capacité de continuer mon chemin ayant rencontré tant de difficultés, j'en suis certaine. J'ai assisté à la soirée méritas et je peux vous dire que ce moment a été très pénible pour moi. Je comprends bien que c'est probablement une tradition que l'on répète d'année en année sans trop s'interroger sur ses réels impacts. Je n'aurais peut-être pas eu cette réaction si j'avais été la maman d'un enfant « typique ». Mais voilà... je suis la maman d'un enfant « différent » qui tous les jours me fait voir la vie sous un autre angle. J'ai passé la soirée à taper du pied et à me dire « je ne peux pas croire que je suis en train de vivre ça en 2015 ». On a remis presque autant de méritas et de bandeaux qu'il y avait d'enfants dans la salle. Le garçon assis à côté de mon fils est même monté 4 ou 5 fois sur scène. Était-il 5 fois plus méritant? Imaginez le ressenti de ceux qui n'ont rien reçu alors qu'ils sont tous extraordinaires ces petits. « Arrosons les fleurs » qu'on nous répète depuis 7 ans. Pour ma part je trouve qu'il y a un problème lorsqu'on adopte ce slogan mais qu'on arrose toujours les mêmes fleurs. Les résultats qui s'en suivent peuvent avoir beaucoup d'impacts. Cette soirée a été une grosse leçon de vie pour moi et j'en suis encore bouleversée. Je prendrai les moyens pour que plus jamais un de mes enfants ne se retrouve dans une situation si humiliante après tant d'efforts.

J'ai beaucoup aimé l'école primaire fréquenté par mon fils aîné. J'y ai rencontré des gens extraordinaires que je remercie. J'espère par cette lettre avoir pu semer des interrogations qui pourraient peut-être faire changer certaines pratiques. Je ne nommerai pas mon fils mais certains le reconnaîtront peut-être. Pour ma part, j'assume pleinement mon geste et mes convictions c'est pourquoi je signe fièrement.

Claude Légaré

Maman d'un enfant différent

Like

Comment

Share

713 people like this.

[Top Comments](#)

374 shares

Annexe 9 : Les minutes de la sodalité T.D.A.H.



TDAH

September 2, 2013

Vous les rencontrez un peu partout.



Au public, je n'ai eu que très peu d'aide du CLSC ou de l'école. Toujours la même réponse, c'est pas encore assez problématique... J'ai trouvé l'aide au privé. Et j'y ai trouvé de l'or mais l'or coûte cher. Je me suis renseignée auprès d'organismes comme l'AQETA, PANDA, lu une tonne de livre, recherché sur internet, j'ai appris beaucoup, même plus que les accompagnants de mon fils à l'école. Je me suis épuisée, vidée, j'ai trimé très dur pour leur réussite et il y travaille encore. Et peut-être que je tomberai encore mais une chose est sûr ie



J'ai due quitter mon nouvel emploi car mes enfants ruaient trop dans le bécue. Problèmes de comportement, d'attention, anxiété...

February 8 at 9:13am · Like · 1



Que je me retrouve dans ce texte! L'impulsivité, l'agressivité, la course folle, pète et répète...ouffff! Mon aîné a menacé de s'enlever la vie également. Deux fois, avec un couteau de cuisine dirigé sur son ventre. L'impuissance et l'incompréhension total! C'est à se demander comment nous maintenons le cap! J'ai 3 garçons et 1 fille. Tous atteints du TDAH. Étant mère monoparentale, à 7h30, quand les enfants quittent pour l'école, ma journée est déjà faite! La conciliation travail-famille est très difficile. Il faut des employeurs compréhensifs afin de nous libérer pour faire le suivi avec les médecins, pédiatres, école, CLSC, allouèèèèèèèè!!!! En tout cas, nous parents de ces enfants si intelligents, nous en aurions long à raconter!!! J'envois des ondes positives à chacun de vous. Il faut encourager et motiver nos enfants du mieux que nous pouvons. Nous ne sommes que des humains!

Like · Reply · 2 · March 11, 2014 at 6:25am



Le plus dur c'est d'être incompris par sa famille, et d'être considéré comme un drogué à l'amphétamine... J'ai toujours été dans des écoles spécialisé, mais d'un coté je sentais que je n'avais pas ma place dans cette endroit... Pourtant j'ai bien été diagnostiqué à 5 ans TDA mais à cette époque la Ritaline était encore fort méconnue je pense... J'ai refait un test approfondi à 20 ans qui a confirmé un TDA/H, et comme si ça ne suffisait pas j'ai aussi une dyscalculie... Depuis que je suis gosse je suis humilié et rabaissé par un de mes frères, ma mère m'a dit avoir regretté de m'avoir mis au monde et que je n'étais pas voulu à la base... Mon père est un alcoolique violent, je le vois jamais et c'est bien mieux comme ça... Je suis abandonné de tous, je ne trouve pas de travail, je suis en échec scolaire et sans diplôme... Je rumine mais si ça continue je vais commencer à creuser un trou...

[Like](#) · [Reply](#) · August 21 at 11:49pm · Edited



Et je rajoute que c'est déjà dur enfant, c'est aussi pire lorsque nous devenons grands! Nos idées vont trop vite, nous nous exprimons mal et des fois, c'est la mimique facial qui ne suit pas non plus nos idées... Il faut donc apprendre à choisir des amis, ses contacts et les gens avec qui nous parlons : c'est une question d'estime de soi et de "survie". 😊

[Like](#) · [Reply](#) · 👍 34 · March 6 at 4:45pm



Tout à fait...!! On se sent si seule... 😞

[Like](#) · [Reply](#) · 👍 1 · March 6 at 4:53pm



Aucun parent ne médicamente son enfant par plaisir, on le fait par amour. On veut son bien-être et son épanouissement. Notre devoir de parent, c'est de lui donner tous les outils pour réussite. La médication pour certains devient un outil essentiel. Arrêtons les jugements faciles et les commentaires sans fondement.

[Like](#) · [Reply](#) · 61 · March 14, 2014 at 9:07pm



si tout le monde pouvait comprendre ça...merci

[Like](#) · [Reply](#) · April 8, 2014 at 1:00am



Mon Dieu on dirais mon histoire!Cet été mon garçon qui avais 6ans et demi est allé chercher un couteau (a pain heureusement) dans le tiroir et a dis:je vais me tuer'tu vas voir jvais me tuer maman!Et en faisant le geste de se couper le poignet! Oh Seigneur ce que j'ai ressenti a ce moment est indescriptible,il n'y a pas de mots! J'ai moi aussi emmené mon fils a l'hopital pour avoir de l'aide psychologique car il était déjà diagnostiqué TDAH et médicamenté depuis 1an. Malheureusement j'attends encore son r-vous chez le pédopsychiatre depuis ce temps et en attendant on va au clsc,on change de pilule(3 x déjà),on baisse,augmente les doses et ca ne finis plus mais le mal est toujours la.J'ai du arreter de travailler 6 mois car je n'étais plus capable,juste survivre aux matins pour arriver a l'heure au travail sufissais a m'épuiser pour le reste de la journée! C'est un combat quotidien,il n,ya jamais de répit et le plus difficile est de trouver de l'aide.Le cri du coeur d'une mere au comble du désespoir pour son enfant ne trouve écho que chez ceux et celles qui vivent la meme chose avec leurs enfants.Mais je ne lache pas,je garde espoir car malgré tout mon garçon est ce que j'ai de plus précieux et ma plus belle réussite.Je n' 'arreterai jamais de me battre pour lui,pour voir son sourire illuminer son visage!

[Like](#) · [Reply](#) · 19 · March 10, 2014 at 1:10pm



Dans notre cas, on a été chanceux, la médication fait à merveille. Une nouvelle vie nous a été offerte, mais à me rappeler les souvenirs, je pourrais en pleurer encore.

[Like](#) · [Reply](#) · 12 · September 2, 2013 at 8:35am



J'ai écrit ce commentaire pres de un an jour pour jour. L'automne dernier je me suis retrouvé en arrêt de travail pour des raisons médicales non reliées au TDAH mais l'irrégularité dans ma routine a pratiquement annulé l'effet de concerta et mon TDAH as atteind de nouveau records.

Stabilité, structure, médication. La base d'un TDAH qui passe de hyperactif à hyper productif, d'une personne fonctionnant difficilement dans les tâches même basic du quotidien, passant à quelqu'un de structuré, articulé et confiant.

[Like](#) · [Reply](#) · March 6 at 7:55pm



Personnellement, c'est moi, 34 ans qui ais le problème. Ayant été diagnostiquée seulement à l'âge de 27 ans, j'ai trouvé l'école et les contacts avec les autres difficile à comprendre. N'ayant pas d'hyperactivité, je semblais tout simplement dans la lune...Par contre, j'ai développé énormément de trucs afin de m'adapter aux différentes situations qui se présentaient à moi. Les TDAH sont des gens pleins de ressources et capables de voir les choses sous un angle différent, ce qui est parfois très intéressant. Einstein était TDAH...pas si mal non? Bon courage tout le monde, on doit travailler plus fort que les autres mais notre vie est toujours pleine de rebondissements! Il ne s'agit que de trouver sa voie!

[Like](#) · [Reply](#) · 5 · March 14, 2014 at 11:10pm



La médication est un aide bénéfique pour nous, j'ai repoussé trop loin, par crainte, que ma fille soit médicamentée. Aujourd'hui et demain, que ce soit un jour de semaine ou de fin de semaine, elle prendra ce médicament. Si je vois pas clair, vais-je laisser mes lunettes le week-end ? Non. C'est la même chose pour la médication. On a droit à l'harmonie et à l'ordre maintenant. Plus de cris, de coups ou de pleurs, même qu'on rit, s'agace et profite pleinement de cette nouvelle vie. Je vous en souhaite autant

[Like](#) · [Reply](#) · 7 · March 16, 2014 at 12:26am



Il y a tellement de préjugés par rapport au diagnostic, à la médication que c'est décourageant... Imagine un peu, je le vivais comme parent depuis 5 ans et maintenant je suis moi-même en cours de diagnostic, les gens autour me disent sans cesse: «Mais moi aussi j'oublie souvent des choses...» ou «Mais ça arrive à tout le monde d'être en désordre...» ou encore «Mais tu as l'air tellement organisée que ça ne se peut pas...» Oui, j'ai «l'air» de me débrouiller, d'arriver à mes fins, de m'organiser. Comme adulte, j'ai parfois développer des stratégies pour avoir l'air de ne pas être débordée (je rallonge mes projets), de ne pas avoir l'air trop en désordre (je ferme les portes) et pour ne pas avoir l'air trop égarée (j'en ris avec les autres). Mais au fond, je vis énormément de stress, je me cherche à longueur de journée et je dois mettre les bouchées doubles sans arrêt pour arriver aux mêmes performances de base que les autres. Je pourrais leur répondre: Comptez-vous vos sous-vêtements quand vous préparez votre linge pour aller travailler? Moi oui, sinon j'en oublie. Oubliez-vous des choses à toutes les heures? Moi oui et même plus. Partez-vous dans la lune pendant que vous conduisez? Moi oui. Partez-vous au travail en oubliant de vous brosser les dents ou de mettre de l'anti-sudorifique si souvent que vous devez en apporter au travail pour pallier tous vos oublis? Moi oui. Êtes-vous capable de faire cuire un repas et un accompagnement en même temps? Moi non, y'en a un qui brûle, qui déborde, qui est trop cuit ou collant... Et pourtant, j'ai 43 ans. J'essaie depuis toujours d'y arriver, de faire mes choses et d'arriver dans le temps. J'essaie fort mais ça ne marche jamais... C'est pas faute d'essayer.....

March 29 at 9:30am · [Like](#) · 1



Je ne pense pas que nous parents de TDA/H donnons par plaisir de tels médicaments à nos enfants ... Ceux qui critiquent ne vivent pas ça au quotidien ... Ils se contentent de juger en étalant leur pseudo morale philosophique ...

Si la société n'était pas autant axée sur la performance et l'uniformisation nous pourrions peut-être arriver à de bons résultats avec des méthodes plus douces...

Mais voilà ça prend du temps et ça coûte beaucoup...

Temps et argents que la société ne nous accordera jamais ...

Like · Reply · 2 · March 19 at 4:07pm



Clinique TDAH de Montreal

July 10

Nous avons le plaisir d'accueillir un nouveau professionnel dans notre équipe!

Être diagnostiqué TDAH à 27 ans a changé ma vie et sans aucun doute le cours de mon histoire. Comprendre que je n'étais pas atteinte d'une paresse intellectuelle, mais d'un désordre neurologique dont je n'étais pas responsable et que même avec toute la volonté du monde je ne parviendrais pas à m'en débarrasser. Rencontrer l'équipe de la Clinique TDAH de Montréal m'a permis de constater que non seulement je n'étais pas la seule, mais qu'en plus ils étaient en mesure de m'aider.

Après maintenant 6 mois avec une médication quotidienne, je suis en mesure de constater à quel point la vie est belle et simple lorsque nous avons les idées claires et que chacune d'elle est en ordre à sa place. Aujourd'hui, je le dis en toute modestie, j'ai su faire ma place dans la cour des grands. En mai, j'ai terminé ma 1ère année d'étude universitaire alors que j'ai toujours été persuadée que je n'en franchirais jamais le seuil. Après une année de travail acharné de persévérance constante, et d'accommodements offerts par l'université pour m'aider dans ma réussite, j'ai terminé l'année en me taillant une place parmi les meilleurs, aujourd'hui c'est moi l'élite. Je suis l'heureuse propriétaire d'une moyenne universitaire de 4 / 4.3 résultat de beaucoup d'efforts.



TDAH shared a link.

July 28



C'est avec la larme a l'œil que je l'ai partager sur ma page tellement je me suis sentit comprise!!!!

Like · Reply · 8 · September 2, 2013 at 1:18pm



Je partage aussi . Je pleure en lisant ce joli texte . Et ai tellement l'impression de me retrouver dedans , avec toutes les mauvaises critiques de mon entourage . Merci à vous pour ce soutien



Mon dieu on dirait que tu parles de histoire

Like · Reply · March 11, 2014 at 12:42pm



Oui merci jme retrouve tellement au travers ce magnifique texte ... Vous avez su mettre les bons mots que je narrivais a exprimer

Pour une fois jme sens comprise !!

Moi aussi je partage

Like · Reply · March 7 at 8:25am



Oh mon dieu !! Toi qui a écrit ce texte, tu m'a touché droit au coeur !! J'en ai les larmes aux yeux !! Je sais bien que je ne suis pas seule dans cette situation mais ça me permet de voir que d'autres vivent aussi tout ces défis !! J'ai aussi un enfant extraordinaire, un fils de 7 ans !! Il reprend présentement sa première année, son TDAH est accompagné d'anxiété et de trouble d'apprentissage et je me bat présentement pour que les spécialistes le reconnaisse et que l'on puisse lui offrir les outils nécessaires afin qu'il vivent enfin des réussites!! Mais on me dit à chaque fois qu'il est trop jeunes pour diagnostiquer cela, il a des difficultés praxiques(confirmer par l'orthophoniste) et je suis certaine qu'il souffre également de dislexie.

Merci pour ton texte, ça me fait du bien et me donne le courage pour continuer à me battre pour lui!!

Like · Reply · 1 · November 1, 2014 at 9:53am



Cest ma vie aussi, je me suis tellement vu dans ce cri du coeur... Nous sommes ces meres-courage

Like · Reply · 4 · September 3, 2013 at 10:33pm



TDAH

September 2, 2013

Vous les rencontrez un peu partout.

Oh! Tout comme vous, elles ont continué de faire de leur mieux, concoctant des purées, stimulant l'apprentissage de la marche et du langage. Craquant devant de belles bottines et achetant trop de peluches. Elles ont continué d'aimer leur enfant de toute leur âme, comme vous.

La différence, c'est qu'elles ont dû ouvrir la porte d'un monde parallèle et franchir le seuil que tous ne doivent pas franchir. Elles ont découvert ce « ailleurs » vers lequel leur regard se tourne parfois et les rend « lunatiques ».



[redacted] Nous sommes en diagnostic pour de grosses suspicion de tdah. Je suis soulagée d'avoir enfin trouvé un endroit où les gens ne vous regardent pas avec des ?????. Moi aussi j'ai droit au préjugé de l'enfant roi, du manque d'autorités ou du tu veux tout gérer à sa place mais loin de tout cela. Mais bon il est bien évident de balayer devant la porte des autres la critique sur la différence et toujours plus facile!.

January 22 at 9:28am · [Like](#)



[redacted] on est comme de la peste..on nous rejette c'est vrai...mais on a trouvé très peu mais une infime partie de gens formidables et humains qui nous ont acceptés "nous" et notre enfant TDAHmerci à eux

[Like](#) · April 8 at 1:20am · Edited



[redacted] C'est drôle, (enfin, façon de parler) : est-ce parce que nous sommes le 8 mars qu'il n'y a que des commentaires de Mamans?????

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 8 at 6:14am



[redacted] Ça parle des mamans qui vivent ces situations ... Bien je suis un papa avec un enfant asperger qui hier a commencé le secondaire, il y a longtemps que je n'avais été nerveux comme ça pour toutes les raisons qui ont été dites dans ce texte qui est très beau et complet et qui décrit très bien notre combat de tous les jours dans cette société de normalité et de normalisation !!!

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · September 4, 2013 at 9:34am



TDAH shared a link.

June 14



Merci! Moi meme TDAH et ayant 2 enfants avec cette meme problematique, agrémenté de mon retour aux etudes collégiales, du travail de mon fantastique mari et de l'école de mes deux enfants, la vie n'est pas de tout repos. Mais par dessus tout, je crois que ce sont les remarques formulées par des proches qui blessent le plus. Bien qu'involontaires, surtout par faute de méconnaissance, ce sont elles qui nuisent le plus aux parents mais encore plus à l'estime et au moral des enfants. Continuons de faire connaître ces différences afin qu'elles soient mieux comprises!

Like · Reply · 2 · September 4, 2013 at 3:54pm



La question : que faisait nos arriere grand parent avec leur enfants atteint d "hyper activité et/ou de manque de respect ?

Y en avait pas d pillule avant

Nanon , la génération d aujourd'hui emprunte la la voie facile , pillule et colis de cochonnerie juste pour compenser sur le manque :

d activité ,

sport ,

d'autorité

D attention

De plaisir

T aura beau me trouver des millions d excuse "valable" a tes yeux mais jamais elle ne le seront a me yeux

Like · Reply · 8 · March 15, 2014 at 2:06pm



Merci pour les labos qui vont pouvoir donner leurs médocs au delà de 18 ans, et peut être même toute la vie. Ceci dit, je sais pas mais je sens leur présence derrière ce genre de clip.

Like · Reply · February 10 at 9:59am



Je cherche pas à comprendre comment le système marche, ce qui m intéresse c est ce qui se passe chez nous tu comprends? J ai un enfant qui jusqu a ce qu il prenne du vyvanse me faisait des crises de nerfs a tous les jours, aucune concentration, a recommencé sa maternelle et sa 2 e annee, etait continuellement dans sa bulle. Maintenant il pète des scores à l ecole, ne vit plus d echec, il est devenu extraverti et contrôle ses émotions. Il n est pas parfait mais nous sommes capable de dialoguer avec lui maintenant et les professeurs aussi. Il a une bonne alimentation et moi non je suis pas parfaite il mange des cochonnerie parfois.

Like · Reply · 1 · March 15, 2014 at 2:10pm



TDAH M. [redacted], justement, après vous avoir longuement discuté avec vous, je constate que l'on ne s'entend pas sur les causes du TDAH, on ne peut se rejoindre sur une compréhension commune de la problématique. Ce ne sont pas toutes les techniques qui fonctionnent avec toutes les personnes et toutes les problématiques. En fait, c'est votre peu de distance critique par rapport à cette technique qui me pose problème et donc, je ne peux "aimer" comme vous dites. Le TDAH demande une approche "holistique" et c'est pourquoi je me suis intéressée à ce que vous aviez à proposer et je suis à relire "la connaissance par le changement" de Nardone et Protelli afin d'y trouver ce que vous semblez y avoir trouvé.

[Like](#) · March 21 at 8:25am



Famille [TDAH]

March 23

Bonsoir à tous, j'ai remarqué depuis quelque temps que des personnes s'amusent à désorienter le fil des discussions. Je ne veux pas partir un débat sur le TDAH, son existence ou encore sur la médication. Cette page est destinée aux familles qui vivent avec le TDAH, chacune à leur façon.

En la créant, je souhaitais donner parole à tous ceux souhaitant s'exprimer sur le sujet afin d'en faire bénéficier d'autres familles. Si votre but est de juger, de promouvoir une idéologie ou encore de remettre en question l'existence du TDAH, votre place n'est pas ici. Je bannirai sans hésitation tout personne ayant ce genre d'ambition.

[Like](#) · [Comment](#) · [Share](#)

201

28

201 people like this.



Famille [TDAH] shared a link via Club TDAH.

Yesterday



[redacted] La majorité des gens qui " juge" comme vous le dites, n'en on pas contre les parents ou enfants qui ont besoin de ces médicaments. Ils en ont contre le système qui, trop souvent, favorise une solution facile au lieu de voir le problème plus en profondeur. Nous vivons dans une société où les solutions passent trop souvent par la médication.

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 19, 2014 at 9:22pm



[redacted] C votre choix de donner ou non ! Mais de mon coter je suis absolument contre de donner des pillule a mes enfants ! Jai un amie qui a pris sa toute son enfance et ajd c pas trop fort ! Il devrait avoir plus d'encadrement ! On es dans une societer de lâche ! Tout le monde vx le plus facile.

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 15, 2014 at 2:45pm



[redacted] Vous n'avez pas à vous accuser de droguer votre enfant alors que vous soignez la maladie dont il souffre. Vous êtes courageuse et vous exprimez très bien la situation que votre enfant, vous ainsi que d'autres enfants et parents vivez. Je partage totalement votre propos et même votre détresse vis à vis la situation des enfants et la réaction des médias et d'une partie de la population. Je suis pédopsychiatre et je suis désolée de constater année après année la discrimination des enfants qui souffrent de ce problème complexe appelé sommairement Hyperactivité.

[Like](#) · [Reply](#) · 5 · March 14, 2014 at 10:37pm



[redacted] Je suis éducatrice spécialisée dans les écoles primaires et j'adore lire vos histoires.. Votre réalité de tous les jours avec vos enfants. Quand j'arrive au travail j'ai au moins 8 enfants non diagnostiqué, donc non médicamenté. 2 qui ont oublier de prendre leur pilule le matin et 1 que c'est une longue durée donc elle ne fera pas effet avant 11h... Il est donc, plus facile, pour nous dans le milieu d'oublier que ses enfants là ont eu un matin et aurons une soirée... Souvent ils deviennent des boules d'énergie x1000 surtout lorsqu'il sont plus de 20 juste au premier cycle ! Le TDAH est une réalité de nos jours et (j'ai aussi travailler au secondaire) plus il est pris tôt plus votre enfant aura confiance en lui rendu au secondaire, le temps le plus difficile socialement pour les enfants! Je vous souhaite bonne chance, et surtout n'oubliez pas que de plus en plus d'enfants (peut etre trop mais c'est une autre histoire) sont diagnostiquer à chaque jours mais il y a aussi des techniques qui sont pauffiner, des medicaments et des outils pédagogique ou thérapeutique qui s'améliore de jours en jours!

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · March 11 at 6:56am



Clinique multidisciplinaire TDA/H Mauricie Centre du Québec shared a link.

5 hours ago

TDAH: les médicaments aident-ils les enfants ou leur nuisent-ils? Vous en pensez quoi...



[redacted] Comme médecin je vous conseille de continuer le médicament le week end. Le trouble biochimique dont souffre votre enfant au niveau de son fonctionnement cérébral est permanent, et donc il n'y a pas de raison d'arrêter le traitement le week end. Pas de raison de culpabiliser. S'il était diabétique vous ne culpabiliseriez pas et vous donneriez le traitement non stop

Like · Reply · 16 · March 8 at 8:10am



[redacted] Lorsque j'arrêtais ma médication pour quelques jours, lorsque je recommençais je ressentais souvent les effets secondaire que j'avais au début et je sentais mon corps qui devait s'adapter de nouveau... Mais c'est mon expérience personnel

Like · Reply · 1 · March 29 at 9:42pm



[redacted] Pourquoi arrêter? Dans quel but???? C'est inutile et même nuisible.

Like · Reply · 1 · April 1 at 5:47am



[redacted] Ici, c'est non stop.

Like · Reply · May 8 at 8:59am



[redacted] vous avez parfaitement raison. Il faut être logique.

Like · Reply · May 8 at 9:06am



[redacted] Je reprends, il faut avoir enseigné pour comprendre la réalité de ces enfants et des parents. Il y a une telle différence lorsque l'enfant devient médicamenté lorsqu'il en a besoin. Il est capable de se concentrer et réussir, il devient sociable et est capable de se faire des amis... Là où je me pose des questions, pourquoi y a-t-il autant de cas au Québec? Ce n'est pas normal qu'il y en ait tant et de plus en plus.

Like · Reply · 3 · March 17 at 9:22am



[redacted] Ce texte m'a tiré des larmes. Wow! Oui il faut être des superhéros et apprendre à nos enfants à l'être en plus...

Like · Reply · 3 · March 17 at 8:45am



[redacted] Bravo pour cet article. Dans le TDAH, le Ritalin soulage la SOUFFRANCE de l'enfant. Il faut avoir ceci en tête.

Like · Reply · 3 · March 17 at 7:49am



Je voudrais encore préciser ceci. Je suis la maman d'une jeune fille de 11 ans qui a un tda et je suis prof dans le secondaire. Je ne jette pas la pierre aux enseignants qui comme moi font ce qu'ils peuvent avec les moyens qu'on leur donne. De plus, nous n'avons pas été formés au tda ou autres dys. Nous apprenons chaque jour sur le terrain. Nous faisons malheureusement des erreurs et essayons de les corriger en espérant devenir un BON prof. Ce n'est pas parce que nous avons notre diplôme en poche que nous sommes des profs. Il faut une carrière entière pour le devenir. Mais je peux vous assurer que moi et mes collègues, nous faisons de notre mieux, nous partageons nos expériences et enseignons avec tout notre Coeur.

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · June 23 at 1:59pm



Il est à noter que j'ai remis cette lettre aux membres du personnel et à la direction de l'école. La direction l'a très bien accueilli. C'est une école fantastique grâce à laquelle mes fistons ont pu cheminer avec leurs limites. Il n'y a que cette pratique de remise de méritas que je tenais à dénoncer.

[Like](#) · [Reply](#) · 32 · June 23 at 8:46am



Ne baissions jamais les bras ! Et je tiens, par expérience personnelle, à vous encourager à pratiquer la lecture, et la verbalisation des émotions et pensées avec vos enfants atteints de tdah, c'est un outil que je pense fondamental pour que l'enfant adopte des outils nouveaux pour se comprendre et s'exprimer.

[Like](#) · [Reply](#) · June 24 at 11:14am



Bravo pour votre courage a toute votre famille. Je connais le problème pour avoir moi même un enfant différent. Moi je me suis battue et je me battrai encore car mon fils n'a que 6 ans mais je l'ai mis dans un enseignement spécialisé où il est enfin considéré à sa juste valeur et aide par de vrais professionnels qui n'ont pas un travail mais une réelle vocation d'aider l'enfant à progresser à son rythme. Il est là sans cesse valorisé, ce qui l'aide énormément. Mon fils a retrouvé l'envie d'aller à l'école grâce à ces professionnels. Recevez chère Claude, votre fils, et toute votre famille mes sincères félicitations et ondes positives pour le futur. Votre fils sera gagnant plus tard car il aura une force psychologique, de caractère, d'endurance, et de respect que d'autres n'auront pas appris à avoir.

[Like](#) · [Reply](#) · June 23 at 3:23pm



TDAH shared a link.



[Redacted] Mon garçon a 10 ans et quelques temps seulement après son diagnostic, je peux affirmer qu'il remonte la pente. Nous avons eu recours à la médication (quoi que ce fut un choix difficile) et maintenant, notre petit homme accumule les petits succès et ça fait boule de neige avec tout ce qu'il entreprend. Ça fait maintenant quelques mois et il a arrêté de se traiter de nul et de dire que c'est un bon à rien et qu'il n'est pas intelligent. Ça fait du bien de le voir plus heureux. J'aurais aimé avoir de l'aide bien avant car on savait bien que quelque chose clochait mais ça, c'est une autre histoire...

[Like](#) · [Reply](#) · 5 · March 11, 2014 at 10:31am



[Redacted] Puis en passant, le ritalin est le PIRE que vous puissiez donner a vos enfants. La plupart vont le choisir car il est peu coûteux et qu'il fait la "job" mais il y'a bien d'autre médication plus douce et qui fait un meilleur effet a vos enfants.

Le vivance est selon moi l'un des meilleurs qui est présentement sur le marche car il ne rend pas votre enfant zombie mais il active le cerveau de l'enfant et le rend plus "focus" sur ce donc il doit ce concentré. Ça reste un médicament mais bon... Pour avoir vu les effets du ritalin sur mon frère... Non, merci!

[Like](#) · [Reply](#) · 3 · March 15, 2014 at 10:23am



[Redacted] merci tout le monde ,vous ne savez pas comment vous venez de changé mon idée sur la médication.eh oui moi aussi j`ai un enfant tdah avec dyslexie sévère et j`avais une certaine réticence quand je lui donnait le médicament mais aujourd`hui je peut affirmé haut et fort que je vais le donné,pas par plaisir mais pour que mon enfant aie une vie normale.merci mille fois.

[Like](#) · [Reply](#) · 3 · March 15, 2014 at 10:18am



Famille [TDAH] shared a link

Yesterday



Toutes mes félicitations! Et surtout, merci beaucoup. à 39 ans, bientôt 40, j'entame un parcours similaire à l'Université de Montréal et si j'en suis fier, je suis également très nerveux de plonger ainsi dans une vie nouvelle: mon ancienne vie, quoique frustrante et morose avait quand même l'avantage d'être connue et, à sa façon, confortable. De voir que c'est possible de se rebâtir une vie à travers la réussite d'une autre personne qui vivait une situation similaire à la mienne a quelque chose de rassurant, de stimulant, de vivifiant. Sache que tu as fais ma journée et probablement que dans les moments de doute, ma tête va revenir à ce petit texte et elle se souviendra de ce que j'ai pu ressentir en lisant. Merci beaucoup et bonne chance pour la suite des choses!

July 11, 2013 at 11:37pm · [Like](#) · 3



Beaucoup de volonté et de courage tu as ! Merci d'avoir partagé ! Bonne continuité !

July 12, 2013 at 11:39am · [Like](#) · 1



très beau témoignage , je partage et traduit à l'espagnol

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 18, 2014 at 7:24pm



Bravo! Tu traduis vraiment cette réalité qui est la notre! Courage et aimons les ces enfants différents!

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 18, 2014 at 4:47pm



trop facile le jugement.La médication a sauvé ma grande fille du découragement, de la nutilé de la vie son cerveau n'était plus capable de comprendre se qui se disait à l'école rendu au collège mes stratégie d'apprentissage ne suffisait plus. Ce n'est que par miracle que lors d'une conférence sur l'hyperactivité que j'ai compris ce qui se passait. Son cerveau avait besoin de lunettes comme on dit plus les énoncés étaient ap

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 18, 2014 at 11:02am



ritalin. Ce que les parents ne comprennent pas parfois (je suis prof) c'est que les conséquences secondaires DE NE PAS PRENDRE DE RITALIN pour un enfant TDHA en bas âge sont pires et effrayantes. Bravo. Ps. Aujourd'hui retraité ces élèves ont souvent été mes coups de cœur dans une classe, parce que ce sont des enfants authentiques.

[Like](#) · [Reply](#) · 6 · March 15, 2014 at 9:24am



[REDACTED] Dans le temps des cavernes c est enfants là qui auraient été très favorisés...plus débrouillard , curieux, travaillant....puis les autres (intellectuel) auraient été à reprocher car rester dans la carverne a écrire toute la journée apporterait pas grand choses! Moi j ai les deux sortes d enfants puis chacun a des points positif et négatif ! Dans le monde on a besoin des deux!

[Like](#) · [Reply](#) · 7 · March 22, 2014 at 11:22am



[REDACTED] Moi j ai une suggestion ont arrêté la médication et ont les fait garder par eric BESSETTE

[Like](#) · [Reply](#) · 7 · March 15, 2014 at 10:18am



[REDACTED] Je suis aussi pour le bonheur et le bien-être des petits et des grands (le TDAH peut perdurer à l'âge adulte) et j'ai beaucoup de mal à comprendre pourquoi certaines personnes sont si rébarbatives à la médication. Le seraient-elles si leur enfant étaient diabétique? Refuseraient-elles l'insuline? Il s'agit d'un trouble neurologique qui cause,comme le texte en témoigne si bien, bien des dégâts... Saviez-vous que plusieurs personnes atteintes d'un TDAH non médicamenté finissent souvent,malheureusement,par avoir des dépendances à l'alcool et aux drogues. C'est pour eux une façon de s'automédicamentent qui les soulage de l'anxiété générée par ce trouble. De leur donner une pause. Serait-ce l'ignorance des causes et des conséquences du TDAH? Peut-être bien, alors de grâce informez-vous, discutez avec votre médecin, allez sur des forums où l'on retrouve des adultes qui ont vécu le TDAH enfant et qui le vivent encore aujourd'hui. Pensez surtout à tous ces efforts que vous avez faits et que vous faites encore pour bâtir l'estime de soi,si fondamentale au bien-être de votre enfant. Difficile à construire et pourtant si facile à détruire et parfois de façon permanente. Je suis prof et conjointe d'un homme fantastique atteint d'un TDAH avec impulsivité. La médication est récente et grâce à elle, il se rebâtit tranquillement mais sûrement une estime de soi. À 38 ans, avec un secondaire 3 en poche, il est de retour aux études et il réussit avec distinction. Il est fier de lui et s'épanouit. Il a aussi maintenant le contrôle sur sa vie et son bonheur. C'est si beau à voir... Ce qu'il dit: "Si j'avais su avant.. "

[Like](#) · [Reply](#) · 4 · March 12, 2014 at 6:29pm



[redacted] J'avoue ne pas connaître à fond ce problème, mais ce texte me fait découvrir beaucoup de choses. On se soigne bien à vie pour des allergies; des cancers; de l'hypertension etc..etc..pourquoi pas entreprendre une thérapie (qui peut être passagère ?) et apporter un confort de vie à tous.

[Like](#) · [Reply](#) · 1 · March 19, 2014 at 11:48am

famiale qui vont beaucoup mieux... Mais, il reste tjrs les préjugés... Mais pourquoi un diabète qui a besoin de son insuline c'est ok ca????

[Like](#) · [Reply](#) · 17 · March 10, 2014 at 1:52pm · Edited



[redacted] Wow j'ai adoré vos commentaires de parents, je sais que plusieurs ont peur de la médication, mais je crois qu'il faut comprendre que le cerveau est un organe humain comme le cœur ou le pancréas et que lui aussi peut avoir un petit coup de pouce pour faire son travail.

[Like](#) · [Reply](#) · 12 · March 10, 2014 at 9:04pm



[redacted] Bon courage Caroline! J'ai passé par là. Je sais. Mon fils a maintenant 19 ans. Il a complété son secondaire de peines et misères. Il a pris un cours d'agent de sécurité dernièrement et aime son métier. Il s'est ré-inscrit au Cégep pour septembre 2014. Il a l'intention de reprendre ses études. Tout ça pour dire que les enfants atteints de TDAH peuvent réussir même si leur chemin sera plus difficile que les autres. Ne le lâche pas! Tu dois continuer jusqu'à la fin. Si tu abandonne, il abandonnera lui aussi.

[Like](#) · [Reply](#) · 11 · March 10, 2014 at 12:26pm



[redacted] wow c'est encourageant de vous lire, bravo!

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · March 10, 2014 at 3:18pm



[redacted] Ses encourageant de savoir qu'on est pas seul et qu'il y a de l'espoir

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · March 11, 2014 at 3:29pm



TDAH shared a link.



Ca existait le tdah il y a 25 ans???

Like · Reply · 2 · March 17, 2014 at 12:20am



Ouff .. je viens à l'instant de découvrir cette page. Merci à toutes de vos témoignages. Moi maman de 2 garçons ayant ce trouble diagnostiqué depuis maintenant 8 et 10 ans je suis souvent au bout de mon énergie. Encore plus depuis les 4 dernières années où je vogue seule avec eux dans une mer souvent agitée (mon conjoint étant décédé tragiquement). Une seule chose à dire ... ma tristesse devant l'incapacité du système d'éducation à offrir les ressources nécessaires afin d'accompagner nos amours dans leur cheminement bien particulier. Il devraient les soutenir (et nous également ... parents) plutôt que les étiqueter. Mon expérience personnelle avec les écoles fut toujours très difficiles et ce depuis leur première année.

Aujourd'hui j'ai des ados ... ils sont toute ma vie. Je les vois grandir avec fierté même si encore souvent c'est très difficile et que parfois, le soir cachée au fond de mon lit, je pleure ma vie ils savent que leur mère a toujours été là, qu'elle n'a jamais lâché et ils ont confiance qu'elle sera toujours derrière eux. NE LÂCHEZ JAMAIS ils feront de magnifiques adultes !!!

Like · Reply · 2 · March 15, 2014 at 11:42pm · Edited



Moi c est le contraire j étais bien encadré mais très tdah... mais parent on pas voulu la médication. Triste car je suis sûre que j aurais été plus loin dans les études.... mes deux fils le sont j ai été réticente pour les med... mais aujourd'hui je regrette rien et eux non plus.....et ya rien d horrible de prendre la médication si cela te permet de mieux fonctionner..... Valérie Bélanger ... on peut fonctionner tout dépend du degré de ton tdah.. crois moi on le regrette pas ...mais c est dure pareil sur le coeur de maman et papa

Like · Reply · 11 · March 16, 2014 at 12:11am · Edited



oh oui^^^aucun papa aucune maman n'y est vraiment préparé(e)

Like · Reply · April 8, 2014 at 1:30am



Je suis l'exemple parfait du beau cocktail... un premier enfant diagnostiqué TDAH, un peu plus tard un deuxième enfant diagnostiqué TDAH et poufffff!!!! Eureka, je réalise que le TDAH explique toutes les difficultés que j'ai pu endurer depuis 36 ans!!

Aujourd'hui, j'ai 39 ans, mes deux garçons 12 et 9 ans et nous avons travaillé très très fort pour arriver à bien fonctionner ensemble (je suis monoparentale).

Lorsqu'on dit oublier le parent c'est vrai, mais encore plus lorsque le parent est aussi TDAH. Les ressources sont très limitées et elles sont beaucoup plus axées vers l'enfant.

Il y a beaucoup de jugement envers un adulte et les relations interpersonnelles sont beaucoup plus difficiles. S'en sortir est pratiquement impensable, mais on y arrive... C'est tout un travail que de réorienter ta façon d'agir et de réagir et de réorienter aussi la façon que les autres te voient.

Dans ma région, seulement 2 psychologues pratiquant la thérapie cognitive-comportementale sont disponibles et il m'a fallu attendre deux ans avant d'y avoir accès. Autrement, on doit payer très cher pour voir un professionnel.

[Like](#) · [Reply](#) · 9 · January 28 at 10:41am



C'est difficile d'être un parent comme ça, c'est aussi difficile d'être un enfant comme ça! Quand mon grand de 14 ans m'a dit "mom, j'ai oublié ma pilule le matin, tabar... que la journée a été dure!" Je ne l'ai pas chicané d'avoir oublié, je ne l'ai pas chicané d'avoir sacré, je l'ai félicité d'avoir réussi sa journée! Pour nous c'était une victoire.

[Like](#) · [Reply](#) · 17 · March 15, 2014 at 5:16pm



Bravo! Tu as mis les mots justes sur ce que nous vivons, nous les parents ingrats!!! C'est ce que l'on vit jour après jour!

[Like](#) · [Reply](#) · 10 · March 14, 2014 at 2:47pm



Souvenir du commentaire suave d'un petit de 2ème année qui parlait à d'autres de son expérience de petite pilule bleue qui avait tout éclairci dans sa tête et qui avait facilement appris à lire ensuite. Il affirmait alors à un autre, dans le local de l'orthopédagogue, qu'il aurait peut-être avantage à essayer la pilule en question, pour connaître enfin des succès!

[Like](#) · [Reply](#) · March 7 at 6:13pm



A l'aide!!! Mon fils était sous traitement depuis 3 semaines mais il a commencé à avoir des insomnies donc nous l'avons arrêté pour voir si ça allait changer mais cela continue... Je suis désespérée car je vois mon fils ne sachant pas dormir et le pire ce sont c'est l'angoisse!! Que faire? Hier il m'a dit: j'aurais pas dû vivre!!!

[Like](#) · [Reply](#) · March 16 at 4:00am



TDAH shared a link.



M. Maxime .. Et M . Éric .. Pour le respect que je vous doit je pense que vous êtes des ptits con et ne savez même pas de quoi vous parlez au lieu de pensé que vous savez tout allé donc voir plus loin que votre petit nombril moi je vie avec une fille de 10 ans et vous ne resteriez même pas 1 heures avec s'en médicament alors au lieu de parler à travers votre chapeau vivez l' expérience et on s'en reparle ..

[Like](#) · [Reply](#) · 11 · March 16, 2014 at 5:33pm



Excellent commentaire....comment rendre ce texte plus populaire....auprès de insensibles?

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · September 5, 2013 at 3:26pm



C'est en se parlant et en partageant qu'on réalise combien nous sommes nombreux dans cette situation... Merci pour ce beau texte et pour tous vos témoignages qui sont là pour briser l'isolement! Soyez heureux

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · September 3, 2013 at 12:04am



Un très beau texte qui fait comprendre et réfléchir Merci!

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · September 3, 2013 at 11:28pm

courage tout le monde, on doit travailler plus fort que les autres mais notre vie est toujours pleine de rebondissements! Il ne s' agit que de trouver sa voie!

[Like](#) · [Reply](#) · 5 · March 14 at 11:10pm



46 ans, TDA, Je suis en affaire depuis plus de 15 ans.....je suis tellement organisé que j'en suis fatigante...listes, rangements, tout est a ca place et planifié au quart de tour. Mes clients ne s'en plaignent eux parce qu'ils ont un super services

[Like](#) · 4 · March 17 at 1:14am



Famille [TDAH] shared a link

Yesterday

médicamenter tous les enfants qui ont des petits soucis de comportement mais parfois, ont à pas le choix, pour les frères, les soeurs, pour nous mêmes. parce que ça rends la vie de famille parfois bien difficile. Avec ma fille j'avais tout essayé avant, produit naturel, technique comportementale. Mais parfois, ont doit se rendre à l'évidence. Le déficit d'attention, avec ou sans hyperactivité, d'accompagnant souvent de d'autres problèmes comme l'anxiété... n'est pas une maladie imaginaire.

C'est une vrai maladie qui touche, le cerveaux. Donc oui avant de juger, essayer de vous informer sur ce sujet. de vivre avec une personne souffrant de cette maladie pendant quelques semaine et vous nous en donnerai des nouvelles.

À tous ses parents et enfants qui vivent avec ce problèmes, chapeau, ne lâchez pas et regarder les gens la tête haute parce que vous prenez soin de vos enfants ou de vous même et qu'il vous en remerciera plus tard

Like · Reply · 24 · March 14, 2014 at 7:08pm · Edited



Like · Reply · April 8, 2014 at 1:34am



Write a reply...



Je viens de lire et je n'ai pas pu m'empêcher de pleurer... Si seulement les gens savaient ... Merci pour ce texte.

Like · Reply · 4 · March 14, 2014 at 11:48pm



Je suis pharmacienne et je n'ai jamais vu de parent venir chercher une première prescription pour leur enfant en disant: bon, enfin, on va lui faire prendre des pilules!! Au contraire, il y a toujours une petite hésitation, une remise en question, un peu de culpabilité parfois. On veut tous le meilleur pour nos enfants et ces parents ont cheminé pour arriver au point où il faut se rendre compte que la médication est nécessaire. Le diabétique va essayer de modifier son alimentation et si ça ne suffit pas il prendra des médicaments. Pour les gens qui souffrent de dépression, se donner un coup de pied dans le derrière ne suffit pas à ramener l'énergie et la santé mentale. Pour les TDA-H, faire du sport et jouer dehors n'est pas un traitement en soi non plus. Qu'est ce que tout parent veut pour son enfant? Qu'il soit bien dans sa peau et



Tellement facile de juger quand on ne le vit pas soi-même! J'avais moi-même mon opinion, peu favorable, avant de savoir que mon fils en était atteint, je dois l'avouer! La médication? J'ai pleuré pendant près de un an, avant de lui administrer. Mais cela lui a donné une qualité de vie... et surtout, lui a redonné son estime! Depuis, la vie est plus facile et plus belle, dans ses yeux et dans son coeur, promesse de maman!

March 23 at 7:44pm · [Like](#) · 19



Peux t'on prendre ce médicaments avec le concerta en complètement?

[Like](#) · [Reply](#) · April 6 at 2:44am



Oui il a été diagnostiqué à l'âge de 6 ans mais il a toujours eu des effets secondaires peu importe la marque (ritalin....concerta....aderal....maux de tête et vomissement sans parler du manque d'appétit et le pire c'est la somnolence il pouvait dormir 16 h d'affiléet quand La marque Vivance qui cause le moins d'effets sec est sortie sur le marcher c'était trop tard rien a faire , tout va mal a l'école ,a la maison, il le sait et il est conscient qu'il lui faut la médication mais il refuse, dont le choix de le lui donner sans qu'il le sache. Merci tout le monde ça fait du bien de parler a du monde qui vivent a peut près les mêmes incertitudes au quotidien .

[Like](#) · [Reply](#) · April 5 at 10:53pm



Depuis 27 ans, je travaille dans les service de garde en milieu scolaire. J'ai vu, j'ai vécu toutes sortes d'expériences avec ces enfants. A mes débuts j'étais totalement contre. La médication de ritalin s'est raffinée, une évolution de la pharmacologie améliorée. J'ai vu des enfants pas d'amis, pas d'estime de soi, impulsifs, anxieux, agressifs ou encore lunatique et j'en passe.... Après un diagnostiquel'enfant te dit, ça brasse plus dans ma tête, mon corps tremble plus, j'ai un ami qui joue avec moi. Il apparaît un sourire au visage, il est calme. Il est capable d'organiser sa pensée et de s'exprimer verbalement sans agressivité. Quel amélioration! On a toujours dit de moi, que j'étais pas bonne à l'école, lunatique, anxieuse et tannante et faiseuse de mauvais coup. J'ai eu un enfant qui avait la bougeotte, anxieux, lunatique, immature. Après plusieurs formations sur le tdah, j'ai compris bien des choses pour moi, mon fils et mon petit fils. A l'époque, 30ans le sujet n'existait pas. Je suis fier de mon fils et de mon petit fils de tout le chemin parcouru. La pomme tombe jamais loin de l'arbre.

[Like](#) · [Reply](#) · 2 · March 14 at 11:47pm



Personnellement, c'est moi, 34 ans qui ais le problème. Ayant été diagnostiquée seulement à l'âge de 27 ans, j'ai trouvé l'école et les contacts avec les autres difficile à comprendre. N'ayant pas d'hyperactivité, je semblais tout simplement dans la lune...Par contre, j'ai développé énormément de trucs afin de m'adapter aux différentes situations qui se présentaient à moi. Les TDAH sont des gens pleins de ressources et capables de voir les choses sous un angle différent, ce qui est parfois très intéressant. Einstein était TDAH...pas si mal non? Bon courage tout le monde, on doit travailler plus fort que les autres mais notre vie est toujours pleine de rebondissements! Il ne s'agit que de trouver sa voie!

[Like](#) · [Reply](#) · 5 · March 14, 2014 at 11:10pm



Moi he dis que nos enfants not de la chance d about des parents comme nous! Il y a encore 30 ans ils auraient été encore plus perdus... J ai hâte de voir ce que ma fille va faire de sa vie, et de ses dons! Elle deviendra le nouveau Richard Branson, Jim Carey ou Adam Levine.. Avec une créativité, une énergie comme ça, ça va les mener à quelque chose de bien!

[Like](#) · [Reply](#) · May 14 at 1:53pm



Aucun parent ne médicamente son enfant par plaisir, on le fait par amour. On veut son bien-être et son épanouissement. Notre devoir de parent, c'est de lui donner tous les outils pour réussite. La médication pour certains devient un outil essentiel. Arrêtons les jugements faciles et les commentaires sans fondement.

[Like](#) · [Reply](#) · 61 · March 14, 2014 at 9:07pm



si tout le monde pouvait comprendre ça...merci

[Like](#) · [Reply](#) · April 8, 2014 at 1:00am



Je vous ai lue et ça m'a mise encore plus les larmes aux yeux, car mes deux enfants sont eux aussi avec un tda un sans hyperactivité et une avec. Je trouve cela très difficile à vivre, car en plus un de mes enfants a un problème de langage. Le papa n'est pas en accord avec le diagnostic, ont est séparé depuis 2009, et même aujourd'hui mon fils il est médicamenté, il trouve toujours qq chose à me contredire suite à cette décision, quand à ma fille je l'ai mise sur l'homeopathie, et encore là il ne lui donne pas. Je suis seul avec le problème des enfants, car depuis qu'ils sont jeune, le père me mets tout cela sur le dos. Que c'est à cause de moi qu'ils sont demême. Voila, je sais que je ne suis pas la seule, mais c'est très difficile à vivre.

[Like](#) · [Reply](#) · 3 · March 12, 2014 at 12:02pm



TDAH shared a link.

June 1



À ceux et celles qui critiquent, jugent et persécutent les parents d'enfant atteints d'un TDAH et qui leur donne de la médication, comme chose qui comprend rien là, ben si vs aviez vécu ou si vous viviez moindrement le 1/8 de ce qu'un parent ou un enfant, ou même un adulte vie de ce que cette maladie en découle vous crouleriez dans les bas fonds... Déjà jeune j'avais de graves problèmes à cause de ça... J'ai fini mon secondaire 5 de peine et de misère avec de la médication, je me suis battu contre moi-même en n'en voulant pas et c'est là, à 32 ans, grâce à une perle (oh merci à la vie de l'avoir mise sur mon chemin) que j'ai réalisé que j'en avais besoin!!! Faut pas se leurrer: quand on fait du diabète, de l'hypertension que l'on soffre de problèmes cardiaques, de coagulation sanguine, etc..., ben on prends dkoï pour ça!!!! Ce qui spasse dans le cerveau, les dérèglements qui causent souvent des dérapages, heille wake up c pas de la faute de ceux et celles qui le vive leur système est fait comme ça thats it!! La médication fait pas tout oui mais ça aide à stabiliser le système et ça permet de fonctionner mieux que sans cette aide.

Le manque de dopamine, de sérotonine, de noradrénaline, et autres substances (qui, soit dit en passant sont normalement sécrétées naturellement par le cerveau et autre partie du corps) affecte tellement de sens, de fonctions, et ça devient tellement lourd pour la lersonne qui en souffre!!! Le suicide, la dévalorisation, le rejet, les idées noires, se sentir inutile, "pas normale" se faire juger à tort et à travers, se faire étiquetter comme un bon à rien, qui nuit à si et à ça..... Non mais ça va faire!!!! Quand le monde comprend pas quelque chose ça décroche et ça juge haha c'est tellement facile!!! Ben ouais si y vivaient une journée dn la peau d'un enfant ou d'un adulte TDAH, si on les mettaient une journée avec un enfant ou un adulte TDAH... Pouahahah y tiendraient même pas la moitié dla journée que ça supplierait de retourner à leur tite vie paisible et dite "normale" !!!! Jsais de quoi je parle et c'est vraiment pas facile!!!

Annexe 10 : Approbation éthique

Numéro de dossier: 12-15-28

Date (mm/jj/aaaa): 09/13/2017



Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation éthique

CÉR Sciences sociales et humanités

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Jean-Pierre	Couture	Sciences sociales / Science politiques	Superviseur
Philippe-David	Blanchette	Sciences sociales / Science politiques	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: 12-15-28

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Étude biopolitique au Québec: Analyse discursive de la consolidation du dispositif de diagnostic de TDAH dans les écoles québécoises

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
09/13/2017	09/12/2018	Ia
(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)		

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation éthique
CÉR Sciences sociales et humanités

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Jean-Pierre	Couture	Sciences sociales / Science politiques	Superviseur
Philippe-David	Blanchette	Sciences sociales / Science politiques	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: 12-15-28

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Étude biopolitique au Québec: Analyse discursive de la consolidation du dispositif de diagnostic de TDAH dans les écoles québécoises

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
09/13/2017	09/12/2018	Ia
(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)		

Conditions Spéciales / Commentaires:
N/A