

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
JEAN-YVES BÉGIN

ÉVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE :
PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

MARS 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

Caroline Couture, directrice de recherche, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Line Massé, codirectrice de recherche, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de la thèse :

Caroline Couture, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Line Massé, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Sylvie Hamel, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Geneviève Paquette, Ph.D. Université de Sherbrooke

Luc Touchette, Ph.D. Université de Sherbrooke

Thèse soutenue le 4 mai 2016

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tels qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les deux articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychoéducation. Les noms des directeurs de recherche et des étudiants ayant participé au déroulement de la recherche pourraient donc apparaître comme coauteurs des articles soumis pour publication.

Sommaire

À l'école primaire, les élèves qui présentent d'importantes difficultés d'adaptation, notamment sur le plan comportemental, voient fréquemment leur réussite scolaire compromise. Pour répondre aux besoins de ces élèves et mettre en place des interventions qui favoriseront leur réussite, les professionnels du milieu scolaire ont la responsabilité d'évaluer de façon rigoureuse leur situation. Parmi les professionnels qui font cette évaluation, les psychoéducateurs occupent une place de plus en plus importante. La psychoéducation étant une profession relativement jeune sur la scène professionnelle du monde scolaire, peu de pratiques systématiques et standardisées ont été proposées en lien avec l'évaluation des élèves ayant un trouble du comportement, le groupe d'élèves auprès duquel les psychoéducateurs sont le plus souvent appelés à intervenir. De plus, bien que les psychoéducateurs soient maintenant mandatés par la loi 21 ou le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour effectuer des évaluations pour des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDAA), aucune démarche spécifique à ces mandats n'a été développée pour ces derniers. C'est pourquoi il devient opportun d'offrir à ces professionnels un guide de pratique validé qui orientera leur démarche d'évaluation auprès des élèves en difficulté et qui favorisera ainsi une action évaluative rigoureuse et méthodique. La finalité de cette thèse est de développer un protocole d'évaluation pour les psychoéducateurs scolaires afin de les guider dans leur pratique évaluative des troubles de comportement des élèves à l'école primaire. Pour y arriver, une étude descriptive de la pratique évaluative actuelle des psychoéducateurs scolaires a été

réalisée afin de mieux comprendre leur réalité. Cette première étude, qui emploie un devis de recherche mixte. Il allie des données qui proviennent de six groupes de discussion (n = 34), d'entrevues téléphoniques (n = 21) et de questionnaires quantitatifs (N = 159). C'est à partir des résultats de cette étude, de connaissances scientifiques relatives au développement des troubles du comportement et de recommandations de pratiques de pointe dans le domaine de l'évaluation qu'un protocole d'évaluation a été élaboré et implanté dans cinq commissions scolaires au Québec. Expérimenté par 44 psychoéducateurs, l'étude de l'implantation initiale de ce protocole d'évaluation a été documentée par l'entremise d'entrevues téléphoniques menées auprès de 22 psychoéducateurs et cinq acteurs clefs (directeurs et responsables d'équipe). Les résultats de la première étude permettent de comprendre que les psychoéducateurs ont une pratique évaluative qui se rapproche des recommandations émanant de la littérature sur le sujet. Toutefois, ces derniers font face à plusieurs contraintes de temps pour mener des évaluations approfondies. Ces contraintes de temps seraient, entre autres, occasionnées par des enjeux d'identité professionnelle et de l'ambiguïté de leur rôle d'évaluateur au sein des organisations. L'étude d'implantation indique que le protocole arrive à point et permet aux psychoéducateurs de s'y référer pour tenter de mieux définir et de faire valoir leur rôle en évaluation. De plus, selon les psychoéducateurs, la structure qu'offre le protocole s'avère sécurisante alors qu'ils se voient confrontés à une réalité de pratique de plus en plus sophistiquée et surtout effrénée, et où ils font face à des problématiques toujours plus complexes. Bien que le protocole amène son lot d'avantages, l'appropriation de cette pratique novatrice est encore embryonnaire. Un

travail de fond doit être fait pour former des porte-étendards de cette pratique novatrice en attendant les retombées et les aboutissants des actes réservés déterminés par la Loi 21. Avec le temps, l'acte réservé confié aux psychoéducateurs entraînera probablement une reconnaissance plus marquée de leur rôle d'évaluateur dans les écoles et le développement de pratiques de pointe qui lui est associé.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	xiv
Liste des figures	xv
Remerciements	xvi
Introduction	1
Objectifs généraux	6
Objectifs spécifiques	7
Chapitre I. Théories, cadre de référence et recommandations de pratiques en évaluation	10
Les troubles de comportement à l'école	11
Concepts et définitions	11
Prévalence des troubles de comportement à l'école primaire	14
Manifestations comportementales	15
Cadre théorique	19
Psychopathologie développementale	20
Écologie du développement humain	22
Facteurs de risque et centrations d'évaluation pour les troubles intériorisés	24
Troubles dépressifs	25
Troubles anxieux	29
Comorbidité des troubles intériorisés	34
Facteurs de risque et centrations d'évaluation pour les troubles extériorisés	37
Le trouble d'opposition avec provocation et le trouble des conduites	37

Comorbidité des troubles extériorisés	44
Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	45
Comorbidité des troubles intériorisés, extériorisés et du TDAH selon une perspective développementale	49
Considérations en fonction du sexe et du genre de l'élève	54
Facteurs associés aux troubles extériorisés selon le sexe et le genre	56
Facteurs associés aux troubles intériorisés selon le sexe et le genre	58
Recommandations de pratiques en évaluation	60
Les méthodes directes de collectes de données	61
Les méthodes indirectes de collecte de données	63
L'approche multiméthodes et multirépondants	64
L'évaluation fonctionnelle du comportement	66
Contexte de la première étude	69
Chapitre II : Article 1. Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement faite par les psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec (Bégin, J. Y., Massé, L., & Couture, C.)	71
Introduction	74
Évaluer les troubles du comportement à l'école primaire	76
Les perspectives théoriques guidant la pratique évaluative	76
Les méthodes directes de collecte de données	77
Les méthodes indirectes de collecte de données	78
L'approche multiméthodes et multirépondants	79
L'évaluation fonctionnelle du comportement	79
Pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire québécois	81

Objectifs	82
Méthodologie	83
Participants	84
Procédures	84
Instruments de mesure	86
Les groupes de discussion et les entrevues téléphoniques	86
Questionnaire sur les pratiques en évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire primaire	86
Analyses	87
Résultats	88
Conception de l'action évaluative à l'école primaire	88
Pratiques évaluatives des psychoéducateurs	91
Centrations d'évaluation	91
Caractéristiques de l'élève	91
Caractéristiques de l'environnement scolaire	93
Caractéristiques de l'environnement familial	96
Méthodes de collecte de données	100
L'observation	100
Entrevues	101
Instruments de mesure	102
Autres méthodes de collecte de données	102
Données quantitatives relatives aux méthodes de collecte de données	103
Cadres théoriques	105

Contraintes dans la pratique évaluative des psychoéducateurs	106
Enseignant	106
Famille	107
Logistique	108
Besoins des psychoéducateurs en lien avec l'évaluation	108
Identité professionnelle	109
Formation initiale et continue en évaluation	109
Supervision clinique	112
Guide de travail en évaluation	112
Discussion	113
Références	121
Chapitre III. Le protocole d'évaluation des troubles du comportement destiné aux psychoéducateurs d'école primaire	127
Le protocole d'évaluation des troubles du comportement	128
Premier niveau d'évaluation	131
Modèle théorique derrière l'EFC	132
Étapes de l'EFC	135
Étape 1 : Collecte de données et repérage des problèmes de comportement les plus importants	136
Étape 2 : Définir de façon opérationnelle les comportements	137
Étape 3 : Élaborer une hypothèse clinique sur la séquence comportementale	137
Étape 4 : Observation directe des comportements	138

Étape 5 : Interpréter les résultats et élaborer une séquence comportementale alternative	138
Étape 6 : Planifier l'intervention	139
Étape 7 : Suivi et évaluation post-intervention	139
Évaluation de deuxième niveau	140
Orientation des choix de centration d'évaluation	141
Contexte de la deuxième étude	149
Chapitre IV : Article 2 : L'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : proposition et étude d'implantation initiale d'un protocole pour les psychoéducateurs (Bégin, J. Y., Couture, C., Massé, L., & Renaud, I.)	150
Introduction et problématique	152
Contexte théorique	155
Fondements théoriques du protocole	155
Recommandations de pratique en évaluation des troubles du comportement	155
Évaluation du comportement (EFC)	155
Approches multiméthodes et multirépondants	156
Approches différentielles	157
Présentation du protocole	160
Objectifs	162
Méthodologie	163
Participants	163
Instrumentation	164
Entretiens semi-structurés auprès d'acteurs clefs	164
Entretiens semi-structurés auprès des psychoéducateurs	164

Déroulement	165
Formation des psychoéducateurs à l'utilisation du protocole	165
Utilisation du protocole	166
Entraînement des interviewers	166
Méthode d'analyse des données	166
Considérations éthiques	167
Résultats	168
Les acteurs clefs avant l'expérimentation	168
Appréciation générale dans les équipes	168
Conditions contraignantes anticipées	169
Conditions facilitantes	169
Les psychoéducateurs	171
Améliorations et changements dans la pratique des psychoéducateurs	171
Un référentiel sécurisant	172
Organisation et structuration du travail	173
Contraintes à l'utilisation du protocole	175
Éléments pouvant faciliter l'utilisation du protocole	177
Rôle et identité professionnelle	178
Discussion des résultats	179
Conclusion	184
Références	185
Chapitre V. Discussion	192

La pratique évaluative des psychoéducateurs	193
Diffuser une pratique novatrice	202
Identité professionnelle et rôle des psychoéducateurs en évaluation	209
Limites des études et pistes de recherches futures	211
Issues et perspectives d’avenir pour le protocole	213
Chapitre VI. Conclusion	215
Références	219
Appendice A. Instructions aux auteurs pour la soumission d’un article à la Revue de psychoéducation (article 1)	246
Appendice B. Instructions aux auteurs pour la soumission d’un article à la Revue des sciences de l’éducation (article 2)	251
Appendice C. Évaluation des troubles du comportement à l’école primaire : Protocole pour les psychoéducateurs	267
Appendice D. Évaluation des troubles du comportement à l’école primaire : Annexes du protocole	299
Appendice E. Feuilles d’information sur le projet de recherche	355
Appendice F. Formulaire de consentement	359
Appendice G. Canevas d’entretien qualitatif et questionnaire quantitatif (article 1)	376
Appendice H. Canevas d’entretien qualitatif (article 2)	396

Liste des tableaux

Tableau

1	Facteurs neurocognitifs associés aux troubles extériorisés	40
2	Facteurs de risque à l'enfance conduisant au développement des troubles extériorisés	43
3	Caractéristiques de l'élève et de l'environnement scolaire souvent évaluées par les psychoéducateurs (N = 159)	93
4	Caractéristiques de l'environnement familial évaluées par les psychoéducateurs (N = 159)	99
5	Méthodes de collecte de données employées par les psychoéducateurs (N = 159)	105
6	Fonctions secondaires des comportements perturbateurs	134

Liste des figures

Figure

- 1 Facteurs de risque, biologie du cerveau et traitements cognitifs responsables du développement des troubles anxieux (traduction et adaptation de l'originale de Waters, Farrell, & Schilpzand, 2013)31
- 2 Facteurs de risque à l'enfance conduisant au développement des troubles extériorisés 52
- 3 Schéma décisionnel général du protocole d'évaluation 129
- 4 Facteurs à considérer dans une démarche d'évaluation pour les troubles intérieurs (dépression, anxiété), les troubles extériorisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) ou le TDAH 143
- 5 Schéma conceptuel des facteurs impliqués dans la genèse des troubles du comportement 148

Remerciements

La rédaction de cette thèse de doctorat n'a pas pu se faire sans l'existence de personnes formidables qui ont, chacune à leur façon et à différents moments, su m'épauler, d'une manière ou d'une autre, durant ce long périple. Je tiens ici à les remercier du fond du cœur.

Mes premiers remerciements vont ma directrice de thèse, Mme Caroline Couture, qui, depuis plus d'une dizaine d'années maintenant, croit en moi et m'amène à me dépasser en tant que chercheur, mais aussi en tant qu'être humain. Je dois à cette professeure tout l'intérêt que j'ai développé pour la recherche en milieu scolaire. C'est dans un esprit de confiance que je me suis senti guidé pour la réalisation de ces études doctorales et c'est ce qui m'a donné les ailes pour les achever. Caroline, merci pour ton soutien inconditionnel sur tous les plans, ta bienveillance, tes judicieux conseils et tes encouragements qui m'ont été d'une aide inestimable durant toutes ces années de dur labeur.

Je suis immensément redevable à la contribution de la professeure Line Massé, qui, malgré ses nombreuses occupations, a accepté d'assurer la codirection de ma thèse. Source d'inspiration et d'identification, Mme Massé a su cultiver en moi l'intérêt que j'ai pour l'opération professionnelle qu'est l'évaluation. Je lui suis reconnaissant de m'avoir assuré un encadrement rigoureux tout en m'offrant une marge de liberté dans mon cheminement. Tout au long de cette thèse, elle n'a pas ménagé les idées et les

commentaires qui ont toujours été pour moi pertinents et surtout éclairants. Line, merci pour ta disponibilité, ta grande générosité et je te dis un merci sincère pour toutes les opportunités de publication que tu m'as offertes.

Que ces deux professeures trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude que je ne saurai manifester autrement qu'en leur promettant d'agir comme elles l'ont fait avec des étudiants dans ma situation.

Merci aux professeures membres de mon comité de thèse, M^{mes} Sylvie Hamel et Geneviève Paquette. Merci pour votre considération, votre temps et surtout de m'avoir guidé à votre façon à des moments opportuns. Un grand merci au professeur Luc Touchette pour son implication à titre d'évaluateur externe.

Je suis très reconnaissant envers tous les psychoéducateurs et dirigeants des commissions scolaires qui ont participé aux différentes phases de la recherche. Tout spécialement, un gros merci à M^{mes} Claire-Élise Tremblay, Sonia Lemoine, Sonia Beauregard, Émilie Doucet et MM. Michel Jomphe, Florent Gariépy pour votre aide, votre ouverture, votre accueil et votre confiance. Dévoués et inspirants, ces professionnels ont à cœur le bien-être de nos élèves et l'avenir de la profession. Je remercie aussi l'OPPQ pour leur ouverture et leur soutien sur le plan des communications. Un grand merci au FRQSC et au CPCS pour leur support financier.

Ma grande aventure au doctorat n'aurait jamais pu vécue d'une aussi belle façon sans mes deux complices d'études. Nos séances animées de contemplation et de renforcement intellectuel, à haute voltige, ont vraiment fait la différence dans ma quête motivationnelle. Catherine (K) et Jonathan, ça a été un honneur de passer à travers ce périple avec vous. N'oublions jamais cette première cohorte ambitieuse qui a fait un petit pas pour l'homme, mais un grand pas pour la psychoéducation.

Je souhaite exprimer ma grande reconnaissance au corps professoral du Département de psychoéducation de l'UQTR. Merci pour votre accueil et votre confiance. J'aimerais spécialement remercier les professeurs de Québec (Claire, Georgia, Annick, Julie, Évelyne, Joël et Michel) pour leurs encouragements et conseils de docteur. Un gros merci à Marc Alain pour toute sa logistique de recherche, dont son indispensable et sublime pédale à verbatim.

Je remercie mes parents, ma douce petite sœur, Claude, Charlie, Éliot et Peacom. Un merci tout spécial à ma belle-famille représentée par Jean, Lyne, Julie et Marcel. J'aimerais aussi remercier, d'un clin d'œil de connivence, mes amis : Cellule, Mick Jones, NEL, J-S, Frank, 945, Ced, H-B, Pointu, Popey, Lach, Alex Batiboy, SebO, Nomis, Marco B., Rose, MC Hammer et ACSAV3. Famille et amis, vous êtes à mes yeux d'une immense importance, chacun de vous m'a influencé et aidé à sa manière pour réaliser cet accomplissement, c'est à vous que je dédie cette thèse.

Je tiens à clore ces remerciements en exprimant ma plus profonde gratitude à mon amie de cœur, ma partenaire de vie. Gabrielle a su me soutenir et m'encourager tout au long de ces études. Ta joie de vivre contagieuse et ta persévérance m'ont grandement inspiré et motivé dans les moments les plus sombres. En équipe, on a passé à travers plusieurs étapes cruciales de notre vie et sans toi je n'y serais jamais arrivé. Notre vécu nous prépare grandement à vivre celles à venir qui, je le sais, nous combleront de bonheur.

L'évaluation pré-intervention
« Penser bien, mais penser vite »
-Gilles Gendreau

Introduction

Depuis les dix dernières années, le nombre d'inscriptions dans les écoles primaires du Québec tend à diminuer alors que le nombre d'élèves handicapés ou élèves en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) augmente sans cesse (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport [MELS], 2014a). En effet, de 2001 à 2011, on a enregistré une perte moyenne d'inscriptions de 12 392 élèves par année et observé une augmentation de la proportion d'élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage passant de 11,9 % en 2006 à 14,4 % en 2011. Parmi les EHDAA, un sous-groupe affichant d'importantes difficultés d'adaptation, notamment sur le plan du comportement à l'école primaire, voit trop souvent leur réussite scolaire compromise au secondaire (Breslau, Breslau, Miller, & Raykov, 2011). Ces difficultés comportementales et d'apprentissage rendent ces élèves plus à risque de décrochage scolaire à l'adolescence (Fortin, Marcotte, Royer, & Potvin, 2005) et éventuellement de rencontrer plus de difficulté pour intégrer le marché du travail (Gehin & Palheta, 2012; MELS, 2014b).

La Politique de l'adaptation scolaire (Ministère de l'Éducation du Québec [MEQ]¹, 1999) établit que l'école québécoise doit viser la réussite scolaire du plus grand nombre d'élèves. Afin de répondre aux besoins particuliers des élèves en difficulté

¹ En 2004, l'appellation ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) a été changée à la suite d'un remaniement ministériel pour ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Un autre remaniement ministériel a eu lieu en 2014 et le MELS a été changé pour le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR).

d'adaptation, de les orienter dans les bons services et de mettre en place des interventions qui favoriseront leur réussite, il est recommandé que les professionnels œuvrant en milieu scolaire évaluent avec rigueur leurs capacités et difficultés, et ce, très tôt durant leur période de scolarisation (Déry, Toupin, Pauzé, & Verlaan, 2005; Massé, Bégin, & Pronovost, 2014; MEESR, 2015; MELS, 2007; MEQ, 2004; Woods-Groves & Hendrickson, 2012). Parmi ces professionnels, les psychoéducateurs occupent une place de plus en plus importante depuis leur entrée dans le monde scolaire au début des années 1970 (Renou, 2014). Jusqu'à aujourd'hui, plusieurs facteurs ont pu contribuer à définir la place et le rôle joué par le psychoéducateur dans les écoles. Son action est, entre autres, déterminée par des orientations, des normes et des cadres de référence qui proviennent du Ministère, de sa commission scolaire et de l'établissement où il œuvre (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2012). Petit à petit, ces déterminants placent le psychoéducateur comme l'un des acteurs clefs de la pratique évaluative des difficultés d'adaptation vécues par les élèves, notamment sur le plan du comportement. C'est particulièrement autour de deux activités d'évaluation que les psychoéducateurs sont sollicités.

Premièrement, les psychoéducateurs font partie des professionnels mandatés pour mener les évaluations d'élèves en difficulté d'adaptation préalables à l'émission de codes administratifs pour la déclaration annuelle des effectifs scolaires au Ministère (MELS, 2007). Par élèves en difficulté d'adaptation (EDA), on désigne généralement

ceux ayant un trouble du comportement (code 12)² ou ceux qui présentent un trouble grave de comportement (code 14). Cette déclaration d'effectifs permet au Ministère de répartir annuellement les sommes d'argent aux commissions scolaires afin qu'elles puissent organiser les services d'enseignement, complémentaires et particuliers pour ces élèves.

La deuxième activité d'évaluation pour laquelle le psychoéducateur peut être impliqué réfère à celle qui se déroule préalablement à l'élaboration d'un plan d'intervention. À ce sujet, la loi 21 vient récemment de modifier le Code des professions du Québec en réservant légalement à certains professionnels, dont le psychoéducateur, l'évaluation d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique (LIP) (art. 96.14) (Office des professions du Québec [OPQ], 2012). Par son évaluation des difficultés d'adaptation et des capacités adaptatives, le psychoéducateur est amené à porter un jugement clinique sur la situation de l'élève à partir d'une collecte de données qui tient compte de plusieurs facteurs individuels et environnementaux et de l'interaction entre ceux-ci. Ainsi, les résultats de son évaluation doivent permettre l'identification des besoins de l'élève en matière de services éducatifs adaptés à intégrer aux plans d'intervention (OPPQ, 2015).

² Le code 12 n'existe plus pour le MEERS. Toutefois, il continue d'être utilisé dans le cadre de la convention collective des enseignants pour compensation financière en cas de dépassement du nombre d'élèves maximum par classe (Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones [CPNCSF], 2011; Fédération des syndicats de l'enseignement [FSE], 2013).

À l'heure actuelle au Québec, à l'exception des guides de référence généraux émis par l'OPPQ (2012, 2014), peu de pratiques standardisées et spécifiques au monde scolaire ont encore été développées et proposées aux psychoéducateurs pour évaluer des élèves présentant des troubles du comportement. C'est dans une optique de perfectibilité qu'il devient opportun d'offrir à ces professionnels un guide de pratique validé pouvant orienter leur démarche d'évaluation auprès des élèves du primaire présentant des troubles du comportement. C'est ce projet qui constitue la base de la thèse présentée ici. Ayant le souci d'offrir une démarche qui tienne compte de la réalité clinique des psychoéducateurs scolaires, il s'avérait cependant nécessaire de décrire au préalable leurs pratiques actuelles en évaluation.

En fait, peu d'information existe sur ce que font les psychoéducateurs lorsqu'ils mènent une évaluation dans le cadre de leurs fonctions. À notre connaissance, une seule étude a été faite en ce sens. Commandée par l'OPPQ, cette étude visait à décrire globalement les pratiques des membres en matière de *testage* et d'utilisation d'instruments de mesure au moment d'évaluer leurs clients (Joly, 2006). Menée auprès de psychoéducateurs de tout acabit ($N = 776$), cette étude a permis de mettre en lumière les instruments de mesure utilisés, la formation reçue pour leur utilisation, les critères de sélection des instruments et leur contexte d'utilisation. Pour ce qui est des psychoéducateurs en milieu scolaire ($n = 280$), les résultats de cette étude indiquent que 80 % d'entre eux utilisent en moyenne 5,4 instruments de mesure dans leur pratique. Cependant, les résultats de cette étude ne permettent pas d'identifier les instruments de

mesure qui sont utilisés par les psychoéducateurs qui œuvrent dans les écoles primaires ni les méthodes d'évaluation employées, les variables évaluées ou les contraintes auxquelles ils peuvent faire face en exercice.

Considérant le peu de connaissances sur la pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire, la conduite d'une étude visant à dresser un portrait de cette pratique fut menée dans un premier temps. À la lumière des résultats de cette première étude, un protocole d'évaluation spécifique au milieu scolaire a été élaboré s'articulant autour de recommandations pratiques dans le domaine de l'évaluation et des connaissances provenant de recherches scientifiques relatives aux troubles du comportement. Enfin, pour valider la démarche proposée, l'implantation du protocole a été réalisée dans cinq commissions scolaires au Québec. L'évaluation de cette implantation initiale fait l'objet de la deuxième étude de cette thèse.

Objectifs généraux

1. Décrire la pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire.
2. Élaborer un protocole d'évaluation pour les psychoéducateurs visant à guider l'évaluation des troubles de comportement des élèves à l'école primaire.
3. Évaluer l'implantation initiale du protocole d'évaluation.

Objectifs spécifiques

- 1.1 Décrire la perception conceptuelle qu'ont les psychoéducateurs de la pratique évaluative.
- 1.2 Identifier les centrations d'évaluation et les méthodes qu'utilisent les psychoéducateurs dans leur démarche évaluative.
- 1.3 Identifier les besoins, les limites et les contraintes auxquels les psychoéducateurs sont confrontés dans leur démarche évaluative.
- 2.1 Élaborer un protocole d'évaluation en amalgamant les recommandations de pratique issues de la littérature scientifique dans le domaine de l'évaluation, les connaissances scientifiques en lien avec le développement des troubles du comportement et l'expertise des psychoéducateurs quant à leur réalité de pratique.
- 3.1 Évaluer l'utilité et la faisabilité d'application du protocole d'évaluation dans la pratique des psychoéducateurs scolaires primaires.
- 3.2 Évaluer les contraintes d'utilisation et les conditions favorables d'utilisation du protocole d'évaluation.
- 3.3 Évaluer la pertinence du protocole pour la pratique des psychoéducateurs.

Le chapitre I porte sur les théories, le cadre de référence et les recommandations de pratique évaluative sur lesquels l'élaboration du protocole est appuyée. Le deuxième chapitre est constitué du premier article de l'étude descriptive qui répond aux premiers objectifs spécifiques de recherche discutés précédemment. Le chapitre III présente le protocole d'évaluation proposé aux psychoéducateurs qui découle des résultats de

l'étude descriptive, des connaissances en lien avec le développement des troubles du comportement et des recommandations de pratique dans le domaine de l'évaluation. Le chapitre IV expose le deuxième article en lien avec les objectifs spécifiques du troisième objectif général de la thèse, soit l'évaluation de l'implantation initiale du protocole.

Le premier article (Bégin, Massé, & Couture), présenté au chapitre II sera soumis à la *Revue de psychoéducation*. À l'aide d'un devis de recherche mixte, cet article dresse un portrait de la pratique évaluative des psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec. Ce portrait est comparé aux connaissances scientifiques en lien avec le développement des troubles du comportement et aux recommandations issues des écrits dans le domaine de l'évaluation. La conception qu'ont les psychoéducateurs de l'acte d'évaluer, les méthodes employées, les variables évaluées, les besoins et contraintes auxquelles les psychoéducateurs font face y sont présentés. Cet article tente de mettre en lumière des différences dans la pratique évaluative des psychoéducateurs qui peuvent exister selon les niveaux de formation (baccalauréat ou maîtrise) ou la région d'appartenance (rurale ou urbaine). Les résultats de cette étude ont été utiles à l'élaboration du protocole. Ils ont, entre autres, permis d'orienter la démarche proposée en tenant compte de la réalité de pratique telle que perçue par des psychoéducateurs en poste.

De nature qualitative et empirique, le deuxième article (Bégin, Couture, Massé, & Renaud) sera soumis à la « *Revue des sciences de l'éducation* ». Cet article présente

les résultats de l'évaluation de l'implantation initiale du protocole qui a été effectuée dans cinq commissions scolaires au Québec. Cette étude a permis de faire ressortir les avantages et les limites du protocole ainsi que les contraintes lors de son utilisation. De plus, l'étude a permis de mettre en lumière la portée que le protocole a eue et aura sur la pratique et l'identité professionnelle des psychoéducateurs.

Conformément aux directives du Comité des programmes d'études supérieures en psychoéducation pour le dépôt d'une thèse de doctorat par articles, les directives de publication de chacune des revues ciblées pour la publication de ces derniers sont présentées aux Appendices A et B. Les articles ont été rédigés selon les directives de publication de chacune des revues et insérés comme tels dans la thèse. Le lecteur remarquera que, conformément aux directives, une liste de références est présentée à la suite de chacun des articles alors que celle liée aux autres chapitres (I, III, V et VI) se retrouve à la fin de la thèse.

Enfin, au chapitre V on discute des résultats obtenus et au chapitre VI on conclut la thèse. Il est important de mentionner qu'en raison de la forme d'une thèse par articles, certaines redondances dans le texte n'ont pu être évitées d'un chapitre à l'autre. Par conséquent, les lecteurs reliront parfois les mêmes informations. Ces derniers sont donc priés de bien vouloir excuser l'auteur à cet égard.

Chapitre I
Théories, cadres de référence et recommandations de pratiques en évaluation

Ce chapitre expose les théories et les cadres de référence sur lesquels le protocole s'appuie. Il présente, en premier lieu, les différentes définitions de l'objet d'évaluation des psychoéducateurs en milieu scolaire, soit les troubles du comportement. Les manifestations de ces troubles ainsi que les facteurs pouvant influencer leur genèse seront ensuite abordés. Enfin, ce chapitre est conclu par la présentation des recommandations de pratiques pour évaluer ces facteurs.

Les troubles du comportement à l'école

Concepts et définitions

D'abord, il importe de distinguer conceptuellement les troubles du comportement des difficultés comportementales. Selon le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR) (2015) ainsi que Massé, Desbiens et Lanaris (2014) les difficultés comportementales sont temporaires et se définissent par des manifestations réactionnelles (désobéissance répétée, crises, retrait, etc.) liées à un contexte donné (changements biologiques, facteurs de stress aigus d'ordre social, culturel, etc.). Généralement, des interventions simples et ponctuelles sur l'environnement peuvent suffire pour régler la situation. Les troubles du comportement se différencient des difficultés par leur plus grande intensité, leur persistance, leur impact plus important sur l'entourage et par la possibilité qu'ils soient liés à une

problématique de santé mentale. Plus précisément, le MEESR (2015) définit le trouble du comportement comme étant :

Un déficit important de la capacité d'adaptation qui se manifeste par de sérieuses difficultés d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial. Il peut trouver son origine dans une trajectoire développementale d'inadaptation de l'élève (ex. il a vécu de manière répétée des problèmes familiaux, scolaires ou personnels) ou dans son environnement. La fréquence, la durée, l'intensité, la constance et la complexité des comportements observés nuisent au développement de l'élève et à celui des autres élèves. (p. 11)

L'élève qui présente des troubles du comportement a généralement des besoins plus marqués, nécessitant plus de soutien, de ressources et d'énergie de la part des intervenants, que celui qui est en difficulté comportementale (MELS, 2007).

À des fins administratives et en lien avec la déclaration annuelle des effectifs des commissions scolaires au Ministère, le MELS (2007) va plus loin dans les définitions en catégorisant deux types d'élèves en difficulté d'adaptation sur le plan du comportement :

1) les élèves ayant des troubles graves du comportement (TGC, code 14) et 2) les élèves ayant des troubles du comportement (TC, anciennement le code 12). L'élève en TGC est selon le MELS (2007) celui ou celle dont :

La majeure comportementale de la vie est dominée par la présence de comportements agressifs ou destructeurs de nature antisociale se caractérisant de manière simultanée par : leur intensité très élevée; leur fréquence très élevée; leur constance, c'est-à-dire se produisant dans différents contextes (classe, école, famille, etc.); leur persistance (depuis plusieurs années); malgré les mesures d'aide soutenues offertes à l'élève. (p. 12)

Catégorisés par le MELS (2007) et aussi par le Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones (CPNCSF, 2011) et la Fédération des syndicats de l'enseignement (FSE, 2013), les élèves en TC (anciennement code 12) présentent des difficultés d'adaptation qui sont moins graves, mais suffisamment importantes pour nuire à leur développement ou à celui des autres. Ils peuvent aussi présenter des difficultés d'apprentissage en raison d'une faible persistance face à la tâche ou d'une capacité d'attention et de concentration réduite. D'ailleurs, sur le plan statistique des effectifs, le Ministère ne distingue pas les élèves en trouble d'apprentissage des élèves TC. Ils font partie de la même catégorie soit les *élèves avec autres difficultés avec plan d'intervention sans code*. En détail, l'élève TC est selon le MELS (2007) :

Celui ou celle dont l'évaluation psychosociale [...] révèle un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial.

Il peut s'agir :

de comportements sur-réactifs en regard des stimuli de l'environnement (paroles et actes injustifiés d'agression, d'intimidation et de destruction, et refus persistant d'un encadrement justifié)

de comportements sous-réactifs en regard des stimuli de l'environnement (manifestations de peur excessive de personnes et de situations nouvelles, comportements anormaux de passivité, de dépendance et de retrait).

Les difficultés d'interaction avec l'environnement sont considérées significatives, c'est-à-dire comme requérant des services éducatifs particuliers, dans la mesure où elles nuisent au développement du jeune en cause ou à celui d'autrui en dépit des mesures d'encadrement habituelles prises à son endroit. (p.24)

Ces deux catégories d'élèves en difficulté d'adaptation comportementale (TGC et TC) concernent directement le psychoéducateur puisque l'évaluation pour la déclaration de ces effectifs doit être réalisée par des professionnels qualifiés, dont les psychoéducateurs. Conceptuellement, si on se réfère à la distinction faite par le MEESR (2015) et Massé et al. (2014) entre les difficultés et les troubles du comportement, les élèves TGC et TC selon le MELS (2007) feraient donc partie des élèves en trouble du comportement et non en difficulté comportementale.

Prévalence des troubles du comportement à l'école primaire

Au primaire, en 2012, un peu plus de 81 % des EHDAA (82 142 élèves) étaient en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (MELS, 2014a). Comme discuté précédemment, les données du Ministère ne permettent pas d'isoler statistiquement les élèves TC de l'ensemble des élèves en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage. Toutefois, les données du Ministère permettent d'identifier les élèves en TGC (480 élèves) qui représentent moins de 1 % des 66 809 élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Les TGC touchent davantage les garçons dans un ratio de 7 : 1, alors que le ratio sexe pour l'ensemble des élèves en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (excluant les élèves TGC) est de près de deux garçons (1,88) pour une fille (MELS, 2014a).

Manifestations comportementales

Les troubles du comportement à l'école englobent une variété de manifestations. Comme l'indique la définition du MELS (2007), ils peuvent être de type sur-réactif ou sous-réactif. Ces définitions du Ministère sont somme toute très larges et peuvent englober, sans y faire explicitement référence, des élèves répondant à la nosologie des symptômes relatifs à des problèmes de santé mentale du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (American Psychiatric Association [APA], 2013). Bref, diagnostiqués ou non, les élèves en trouble du comportement peuvent manifester des symptômes qui s'apparentent aux diagnostics médicaux qui sont d'ordre intérieurisé ou extérieurisé.

La nomenclature des troubles intérieurisés et extérieurisés est largement reconnue par la communauté scientifique pour catégoriser les différents troubles du comportement (Achenbach, 1982; Cicchetti & Toth, 1991). D'ailleurs, les auteurs de la cinquième édition du DSM ont regroupé une partie des troubles mentaux sous ces deux dimensions (APA, 2013). Ces regroupements s'actualisent d'ailleurs dans l'organisation des chapitres qui exposent les catégories des troubles tout au long du DSM-5.

Les troubles extérieurisés réfèrent à un regroupement de problèmes de comportement observables qui se manifestent sur le monde extérieur de l'enfant, dont l'action est nuisible sur l'environnement et qui conduit souvent à des conséquences négatives (Achenbach & Edelbrock, 1978; Achenbach & McConaughy, 1997; Eisenberg

et al., 2001; Liu, 2004). Dans les écrits sur le sujet, les troubles extériorisés se démarquent par des comportements perturbateurs, hyperactifs, impulsifs, défiants, antisociaux ou agressifs (Achenbach & Edelbrock, 1978; Hinshaw, 1987; 1992). À l'inverse, les manifestations comportementales de type intériorisé telles que le repli sur soi, l'anxiété, l'inhibition, la somatisation, le sentiment d'infériorité, la mésestime de soi, l'humeur dépressive, l'automutilation et les comportements suicidaires, sont des problèmes davantage centrés sur l'univers interne et psychologique de l'enfant plutôt que sur le monde extérieur (Achenbach & Edelbrock, 1978; Cicchetti & Toth, 1991; Liu, 2004; Teeter & Semrud-Clikeman, 1997). On définit aussi ces troubles comme étant névrotiques ou d'hypercontrôle, se caractérisant par des efforts mentaux démesurés et inadaptes de contrôle émotif et cognitif (Eisenberg et al., 2001; Hinshaw, 1987; McCulloch, Wiggins, Joshi, & Sachdev, 2000; Merrell, 2008). Bref, les troubles intériorisés résident dans le monde cognitivo-émotionnel interne de l'élève affectant ainsi son fonctionnement (Miller, 2010).

En parallèle des manifestations comportementales intériorisées et extériorisées, on retrouve le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Dans le DSM-5, le TDAH a été regroupé au sein des troubles neurodéveloppementaux. Ne faisant plus partie des comportements perturbateurs ou extériorisés, ce trouble bénéficie d'une nouvelle catégorisation qui devrait conduire les professionnels à le considérer autrement et avec une attention plus particulière. Il en sera davantage question dans les sections subséquentes de la thèse qui traiteront de ce trouble. Selon l'APA (2013), les

principaux symptômes du TDAH tiennent aux difficultés de concentration, à l'hyperactivité (activité excessive) et à l'impulsivité (agir avant de réfléchir aux conséquences). Le comportement en question doit présenter un caractère excessif, se manifester avant l'âge de 12 ans et perturber considérablement au moins deux aspects de la vie de l'enfant (ex. la vie à la maison et à l'école). Les trois types de TDAH qui peuvent être diagnostiqués sont les suivantes : 1) inattention (difficulté à se concentrer ou à demeurer concentré sur une tâche ou une activité); 2) hyperactivité-impulsivité (activité et impulsivité excessive) et 3) combiné (combinaison des problèmes de concentration et d'activité/impulsivité excessives).

La prévalence des troubles intériorisés, extériorisés et du TDAH chez les enfants québécois est préoccupante. C'est ce que met en évidence l'étude de Riberdy, Tétrault et Desrosiers (2013) effectuée à partir d'un échantillon de 2 120 enfants suivis de l'âge de cinq mois à 12 ans. En effet, lorsqu'on considère l'ensemble des problèmes de santé mentale perçus par les répondants (un des parents et les enfants de dix ans et plus), on observe que près de la moitié des enfants ont présenté des symptômes à au moins deux des huit temps de mesure pour lesquels les données ont été collectées. Plus précisément, environ 25 % ont manifesté des symptômes de problèmes intériorisés, 37 % des symptômes de problèmes extériorisés et 7 % avaient des problèmes de relations sociales. Il est à noter qu'un enfant pouvait présenter plus d'un symptôme relatif à un problème de santé mentale. En fait, 16 % des enfants ont présenté des symptômes de deux ou trois problèmes de santé mentale différents. Toujours selon les données de cette étude, 18,8 %

des enfants âgés de cinq à dix ans ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale entre 2001 et 2008. En tête de liste, TDAH (12,3 %) et le trouble d'apprentissage (10 %) sont les plus fréquemment diagnostiqués. Ce portrait de la santé mentale des enfants québécois est préoccupant surtout lorsqu'on connaît les conséquences que ces troubles peuvent avoir sur le développement et le parcours scolaire des élèves.

La concomitance des troubles intériorisés et extériorisés est fréquemment observée chez les élèves qui présentent des troubles du comportement en milieu scolaire (Fortin, Marcotte, Royer, & Potvin, 2000). D'ailleurs, l'étude de Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan (2004) menée auprès d'un échantillon représentatif d'élèves du primaire répondant à la définition des troubles du comportement du Ministère révèle que la majorité de ceux-ci présentait un TDAH, un trouble de l'opposition avec provocation ou un trouble des conduites. Dans cet échantillon, 20 % des élèves présentaient des troubles dépressifs ou anxieux et pour environ la moitié d'entre eux, le trouble intériorisé était en concomitance avec un trouble extériorisé.

Ces différentes manifestations comportementales et leur apparition cooccurrence complexifient le travail des professionnels et leur tâche d'évaluation. De plus, les causes de ces troubles sont multiples, non spécifiques à un seul trouble et en interaction, ce qui rend la tâche d'évaluation encore plus délicate. À cette réalité déjà très complexe s'ajoute une considération à propos du sexe de l'enfant qui a une incidence sur la prévalence, le moment d'apparition, le développement et le maintien des troubles. Le

professionnel peut alors se demander comment bien cerner tous les facteurs qui peuvent influencer l'apparition et le maintien d'un trouble afin de le traiter. Voilà une tâche qui paraît difficile à réaliser sauf si on suit un protocole basé sur un modèle général explicatif des inadaptations découlant de la littérature scientifique qui regroupe et décortique ces facteurs en les différenciant selon les types de trouble et le sexe de l'enfant (Déry, Toupin, & Pauzé, 2000). À cet effet, une pléthore d'études a mis en évidence les liens entre certains facteurs de risque personnels et environnementaux et les manifestations comportementales de type intériorisé, extériorisé et le TDAH. D'autres études jettent un regard sur les différences que l'on peut observer entre les garçons et les filles. C'est à partir d'une synthèse de ces études que peuvent être dégagés les facteurs à considérer lorsque vient le temps d'évaluer un élève manifestant l'un de ces troubles. Les prochaines sections proposent des centrations d'évaluation différenciées selon le type de manifestation (intériorisé, extériorisé, TDAH) et selon le sexe de l'enfant. Ces facteurs de risque différenciés constitueront les assises théoriques du protocole d'évaluation des troubles du comportement proposé aux psychoéducateurs en milieu scolaire primaire.

Cadre théorique

Avant de procéder à la présentation des facteurs impliqués dans le développement des troubles, il importe de présenter les cadres théoriques qui ont guidé l'ensemble de notre démarche. Les prochains paragraphes présenteront donc la théorie de la psychopathologie développementale et la théorie écologique du développement

humain, les deux cadres théoriques qui ont guidé notre recension et, par le fait même, l'élaboration du protocole d'évaluation. Le choix de ces deux cadres théoriques pour la conduite de cette thèse est cohérent avec ceux qui ont été faits par l'OPPQ (2012; 2014) et le MEESR (2015) dans leurs cadres de référence en lien avec l'intervention en milieu scolaire.

Psychopathologie développementale

Les tenants de cette perspective théorique cherchent à comprendre l'adaptation humaine à travers le développement de l'individu dans son environnement (Cicchetti & Cohen, 2006). Sous cette perspective, le développement humain découle de l'interaction continue entre un organisme actif qui est en continuel changement et un contexte dynamique, multidimensionnel en constante évolution. Bref, c'est l'interaction entre un individu en changement et son monde en mutation qui détermine les effets de causalité dans le développement humain (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Sameroff, 2010). Il va sans dire que la complexité qui découle des multiples interactions entre l'individu et son environnement amène les professionnels à tenter de considérer les phénomènes comme des totalités. Toutes les caractéristiques de l'individu et les éléments de son environnement sont en interaction, interdépendants et essentiels à la compréhension de la problématique de l'enfant. Il faut donc la traiter à l'aide d'une vision holistique, c'est-à-dire à partir d'une évaluation globale et intégrative dans une perspective développementale (Cummings et al., 2000; Malti, Hsin-Ju Liu, & Noam, 2010; Sroufe & Rutter, 1984). Il ne suffit pas d'analyser l'interaction individu-milieu

pour dresser le portrait des difficultés de l'enfant. Ces interactions complexes doivent être contextualisées et interprétées selon les processus développementaux de l'enfant. Le développement suit une trajectoire ordonnée de changements physiologiques, cognitifs et sociaux qui conditionnent l'enfant. Donc, l'orientation de la trajectoire développementale de l'enfant sera le produit d'un équilibre complexe entre des séquences de développement qui surviennent dans différents milieux de vie et les expériences de vie qui en découleront au fil du temps (Cummings et al., 2000). Or, dans le processus d'évaluation, non seulement il faut rendre compte de l'enfant dans son environnement, mais il faut aussi le considérer par rapport à sa période de développement, d'où l'importance de bien documenter son histoire développementale et celle de sa famille.

Si on résume les principaux postulats de cette approche, l'évaluation des troubles du comportement devrait, selon Toth et Cicchetti (2010), tenter de bien cerner les aspects suivants : 1) les facteurs de risque (qui augmentent la probabilité d'apparition d'un trouble) et de protection (qui tendent à faire décroître le risque) qui influencent directement ou indirectement l'enfant et son environnement tout au long du développement; 2) les transformations développementales qui se produisent au fil du temps; 3) la fonction du comportement, les compétences émergentes et les tâches développementales qui peuvent modifier les manifestations d'un trouble ou précipiter une nouvelle symptomatologie et 4) les cumuls de stress ou les événements stressants

circonstanciels qui peuvent avoir des répercussions biologiques ou psychologiques, et ce, par rapport à la période développementale où le stress peut se produire.

Écologie du développement humain

Tout comme dans le champ d'études de la psychopathologie développementale, le modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979, 1992, 1996) tient compte d'échanges bidirectionnels entre l'enfant et son environnement. Selon ce modèle, on appréhende les problèmes scolaires et psychosociaux en tenant compte des différents systèmes en interaction dans lesquels l'enfant évolue ou non. Concrètement, l'enfant vit dans sa famille et passe une partie de sa journée à l'école. La maison et l'école sont situées dans un quartier qui lui, fait partie d'une société qui est régie par la culture et les politiques, et ce, à un moment précis dans le temps. Autrement dit, l'enfant fait partie d'un emboîtement de systèmes dans des niches écologiques qui sont interdépendantes. C'est par l'intermédiaire de variables proximales et distales situées dans chacune de ces niches écologiques que le développement de l'enfant est influencé et réciproquement, que l'enfant influence à son tour ces variables. On retrouve ces variables (facteurs de risque et de protection) dans l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. L'ontosystème se définit par l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences ou des déficits propres à l'enfant. Le microsystème réfère aux milieux de vie immédiats de l'individu (sa famille, sa classe, son voisinage). Il se définit à travers les rôles occupés par les individus, les activités réalisées et les interrelations entre les acteurs qui y sont

impliqués. Le mésosystème est constitué des différents microsystèmes qui le composent. Il constitue donc le réseau de connexions entre les environnements immédiats que représentent ces microsystèmes (ex. collaboration entre la famille et l'école). L'exosystème est défini par des paramètres de l'environnement externe qui influencent le développement de manière indirecte (ex. le contexte de travail des parents et la pauvreté exercent un stress sur la famille, ce qui altère la relation parent-enfant). Le macrosystème représente le contexte culturel, politique ou idéologique qui influence l'ensemble des autres systèmes. Enfin, le chronosystème, le plus récent élément ajouté au modèle de Bronfenbrenner, réfère au temps et à la succession des événements vécus par l'enfant dans le temps. Ce système permet de comprendre le cycle de la vie qui prend en considération l'histoire de vie de l'enfant et de sa famille.

L'apport du modèle écologique au protocole d'évaluation proposé est considérable. En premier lieu, il vient appuyer l'argumentaire concernant l'élargissement des centrations d'évaluation à l'extérieur des murs de l'école en explorant tous les sites qui ont une influence sur l'évolution de l'enfant. En effet, les caractéristiques de l'enfant sont considérées de façon globale en considérant les facteurs familiaux, scolaires, sociaux, culturels, politiques et économiques. En second lieu, ce modèle met l'accent sur l'importance de documenter la chronologie des événements d'une vie susceptibles d'influencer le comportement de l'enfant. Tout comme la trajectoire développementale de l'enfant et l'histoire développementale de sa famille, les

éléments du chronosystème sont nécessaires pour contextualiser la problématique de l'élève.

Ces deux modèles théoriques mettent la table pour les prochaines sections qui exposeront les facteurs à considérer dans une évaluation pour les principaux types de manifestations comportementales (troubles intériorisés, extériorisés et TDAH). Pour chacune des manifestations, sans prétendre à l'exhaustivité, les principaux facteurs de risque individuels (ontosystème) et environnementaux (microsystème) relevés dans les écrits sont présentés. Les facteurs de risque en lien avec la concomitance des troubles seront ensuite exposés sous une perspective développementale.

Facteurs de risque et centrations d'évaluation pour les troubles intériorisés

La plupart des enfants peuvent exprimer d'une manière ou d'une autre, de façon temporaire, certains sentiments dépressifs ou anxieux. Lorsqu'ils deviennent chroniques ou plus sévères et qu'ils altèrent le fonctionnement de l'enfant, les troubles intériorisés peuvent répondre aux critères diagnostiques des troubles dépressifs ou des troubles anxieux du DSM-5. L'étiologie de ces troubles est multifactorielle. En général, l'émergence des troubles intériorisés découle d'interactions entre des vulnérabilités physiologiques ou biologiques et la présence de stressors environnementaux (Miller, 2010, 1998). Les sections suivantes font la présentation nosologique et épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux ainsi que les facteurs individuels et environnementaux qui peuvent être impliqués dans leur genèse.

Trouble dépressif

Chez l'enfant, ce trouble repose sur la présence d'une humeur dépressive, d'irritabilité ou d'anhédonie (sentiment de déplaisir constant), accompagnée de symptômes tels une perte ou un gain de poids, une perturbation des habitudes de sommeil, une agitation ou une inhibition psychomotrice, de la fatigue, un sentiment de dévalorisation et des pensées morbides. Les symptômes les plus communs qui poussent les parents à s'interroger et à consulter sont l'irritabilité chronique de l'enfant et l'état de discorde généralisé à la maison (Luby, 2009). Il reste que les principaux indicateurs prédictifs d'un épisode dépressif chez l'enfant sont le retrait social et l'anhédonie (Zalsman, Brent, & Weersing, 2006). La prévalence des troubles dépressifs est de 1 % à 2 % chez les enfants et de 3 % à 8 % chez les adolescents. Le taux de prévalence sur la vie entière est de 20 %. Les troubles dépressifs touchent davantage les filles dans un ratio de 3:1 (Zalsman et al., 2006). Les épisodes dépressifs sont récurrents dans 54 % à 72 % du temps (Kowatch, DelBello, Mayes, Kennard, & Emslie, 2006). Avant d'en arriver à un diagnostic, l'enfant peut vivre plusieurs épisodes dépressifs séparés par un intervalle de temps variant entre sept et neuf mois (Miller, 1998). Il est donc possible qu'un enfant puisse manifester deux épisodes dépressifs majeurs dans une même année scolaire. Le risque de récurrence augmente en fonction du nombre d'épisodes survenus. D'ailleurs, le niveau de stress nécessaire pour précipiter le prochain épisode dépressif tend à diminuer d'une fois à l'autre. Il en est de même pour l'intervalle de temps entre les épisodes. Enfin, dans 70 % des cas, les enfants ayant vécu plus d'un épisode dépressif manifesteront aussi des problèmes de cet ordre à l'âge adulte et les

répercussions seront davantage marquées lorsque ces épisodes seront arrivés tôt dans son développement (Miller, 1998).

Sur le plan ontosystémique, l'une des principales causes de la dépression serait l'influence du cortisol sur le cerveau. L'exposition prolongée à des stress chroniques libère cette hormone dans le sang. Par conséquent, celle-ci peut détruire les cellules de certaines parties du cerveau et altère les circuits cortico-limbiques qui sont responsables du traitement des situations sociales et émotionnelles, vulnérabilisant ainsi le cerveau de l'enfant au développement d'un trouble dépressif (Gunnar & Quevedo, 2008). Plus spécifiquement, on observe l'effet néfaste du cortisol sur l'hippocampe et le cortex frontal qui sont responsables de fonctions cérébrales telles que le traitement de l'information, la mémoire, la motivation et l'attention; toutes impliquées dans le développement de la dépression (Buchsbaum, 2004). Par ailleurs, l'activité électrique de certaines parties du cerveau indique aussi des variations spécifiques aux troubles dépressifs. Spécialement chez les enfants dépressifs ou inhibés, l'électroencéphalogramme démontre une sous-réactivité du lobe frontal gauche (Buchsbaum, 2004). Cette condition est responsable des émotions et affects négatifs de l'enfant qui peuvent conduire au retrait social et au développement de troubles anxieux à long terme (Fox, 2004). On observe aussi que la dépression peut être causée par certaines parties du cerveau qui traitent les émotions positives. Celles-ci découlent de circuits neuronaux du système de récompense siégeant dans l'amygdale, le striatum et le cortex orbito-frontal. Une défaillance de ces parties du cerveau empêcherait l'enfant de

détecter les récompenses de l'environnement le rendant ainsi à risque d'exprimer des sentiments d'anhédonie et possiblement de développer une dépression (Forbes & Dahl, 2005). Enfin, la neurobiologie de la dépression est aussi caractérisée par le déséquilibre chimique du cerveau. En effet, chez les enfants dépressifs on observe une baisse des neurotransmetteurs (norépinephrine, sérotonine et acétylcholine) dans le cerveau. Le traitement pharmacologique est utilisé pour rétablir cet équilibre chimique entre les neurones (Kowatch et al., 2006).

L'état dépressif d'un enfant peut avoir un impact global sur son fonctionnement neuropsychologique. En effet, cet état induit des déficits ou des retards de développement sur le plan des fonctions exécutives (Cataldo, Nobile, Lorusso, Battaglia, & Moteni, 2005; Kyte Goodyer, & Sahakian, 2005), des fonctions cognitives générales (quotient intellectuel, habileté verbale et non verbale, langage, lecture, attributions causales, distorsions cognitives, etc.) (Ackerman, Izard, Kobak, Brown, & Smith, 2007; Lundy, Silva, Kaemingk, Goodwin, & Quan, 2010; Rapport, Denney, Chung, & Hustace, 2001), des fonctions psychomotrices ou sensorimotrices (Baron, 2004; Zarrinpar, Deldin, & Kosslyn, 2006), des capacités d'attention (Blackman, Ostrander, & Herman, 2005; Ostrander, Crystal, & August, 2006) et mnémoniques (Lauer, Giordani, Boivin, & Halle, 1994). À leur tour, ces déficits peuvent conduire l'enfant à développer des symptômes dépressifs. En somme, la dépression peut avoir un impact sur le fonctionnement neuropsychologique de l'enfant et, à l'inverse, les déficits neuropsychologiques peuvent aussi avoir un impact sur les symptômes de dépression

(Miller, 2010). La plupart du temps, les enfants qui éprouvent des difficultés sur le plan scolaire dues à des déficits cognitifs peuvent être à risque de développer des troubles intériorisés, dont la dépression.

Sur le plan microsystemique, l'étude de Klein et al. (2009) démontre que le fait d'avoir des épisodes dépressifs à l'âge adulte et l'âge auquel ceux-ci apparaissent, est spécifiquement lié avec la présence des facteurs environnementaux suivants pendant l'enfance: avoir une mère abusive ou négligente, avoir une mère ou un père hypercontrôlant. En général, des compétences parentales lacunaires, en particulier le désengagement d'une mère ou l'autoritarisme d'un père, augmentent considérablement (1,4 à 2,6 fois) le risque de développer des problèmes de dépression chez l'enfant (Kessler & Magee, 1993). D'ailleurs, l'enfant abusé ou négligé ou privé de relations saines empreintes d'échanges affectifs avec des parents ou des tuteurs aimants ne développera pas les bases émotionnelles nécessaires au développement d'habiletés sociales, ce qui le rend plus à risque de dépression (Feifer & Rattan, 2013). Dans ce contexte, il peut être plus difficile pour l'enfant de développer ses capacités d'analyse, de raisonnement et de conscience de soi le rendant ainsi à risque d'avoir plus de difficultés socialement et cognitivement pour faire face à l'adversité et aux conflits. Par conséquent, ces difficultés favorisent l'isolement à l'école et menacent l'établissement d'un réseau social externe à la famille, un facteur de protection contre la dépression (Cole, Luby, & Sullivan, 2008, Meagher, Arnold, Doctoroff, Dobbs, & Fisher, 2009; Prinstein, Cheah, & Guyer, 2005). Les problèmes de santé mentale tels que la dépression

chez les parents sont aussi des facteurs de risque au développement de symptômes dépressifs chez l'enfant. D'une part, parce qu'il y a une composante héréditaire à ce trouble (Boomsma, Van Beijsterveldt, & Hudziak, 2005) et d'autre part parce que la psychopathologie des parents peut contribuer à structurer un environnement de désengagement familial qui a comme conséquence sur l'enfant les répercussions discutées précédemment (Kane & Garber, 2004). Enfin, les enfants vivant dans une famille peu affectueuse dont le style parental est autocratique ou dans un contexte d'abus chronique manifesteront davantage des sentiments intériorisés de désespoir, seront donc plus à risque de dépression et ultimement ils pourraient être à risque de manifester des comportements suicidaires (Conrad et al., 2009).

Trouble anxieux

Les troubles intériorisés les plus souvent diagnostiqués chez les enfants sont ceux relatifs aux troubles anxieux (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). En moyenne, les prévalences de ces troubles chez les enfants oscillent entre 10 % et 20 % (Beesdo et al., 2009; Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). Les troubles anxieux les plus souvent diagnostiqués durant l'enfance sont les phobies spécifiques, la phobie sociale, le trouble d'anxiété généralisé et l'anxiété de séparation (Costello, Egger, & Angold, 2004). La prévalence de l'anxiété de séparation est plus grande chez les jeunes enfants alors que chez les plus vieux, on rapporte davantage d'anxiété face à des situations sociales ou par rapport à des peurs généralisées (Beesdo et al., 2009; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003). La composante centrale des troubles anxieux est le sentiment continu

d'appréhension d'un malheur ou d'un danger imminent (Miller, 2010). L'anxiété est une réaction émotionnelle qui provient de cette appréhension (réelle ou perçue) dont les manifestations sont physiologiques (augmentation du rythme cardiaque, transpiration, plaintes somatiques), cognitives (hypervigilance, distorsions cognitives, obsessions) et comportementales (compulsions, rituel, fuite, agitation, nervosité) (Craske & Water, 2005). Particulièrement, les enfants qui ont un trouble d'anxiété généralisé manifestent des inquiétudes excessives et des angoisses qui s'accompagnent de symptômes d'agitation, de fatigue, de difficulté de concentration, d'irritabilité, de tension musculaire ou de difficultés relatives au sommeil (APA, 2013).

Le stress est une réponse naturelle associée à l'instinct de survie et à la réaction de combat ou de fuite face à une menace extérieure. Ces réactions psychophysiologiques commandées par le cerveau sont nécessaires à la survie et ont évolué au fil du temps. Elles peuvent parfois donner lieu aux troubles anxieux, pour lesquels les menaces perçues sont générées par un processus interne plutôt qu'externe (Bluteau & Dumont, 2014). Chorpita, Albano et Barlow (1996) démontrent dans leur étude que les enfants anxieux ont une grande tendance à faire des interprétations erronées face à des situations non menaçantes, à exprimer des pensées d'évitement devant des situations ambiguës et à attribuer une grande probabilité à ce que des événements menaçants se manifestent. Le traitement cognitif des événements de vie est un processus mental qui a un impact sur le maintien des troubles anxieux. Ce traitement cognitif joue un rôle sur la perception que l'enfant a de la réalité à laquelle il attribue continuellement des émotions négatives (Bar-

Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2007; Dumas, 2012). La Figure 1 schématise le processus biologique et cognitif des troubles anxieux ainsi que certaines centrations d'évaluation pour ce trouble sur le plan ontosystémique.

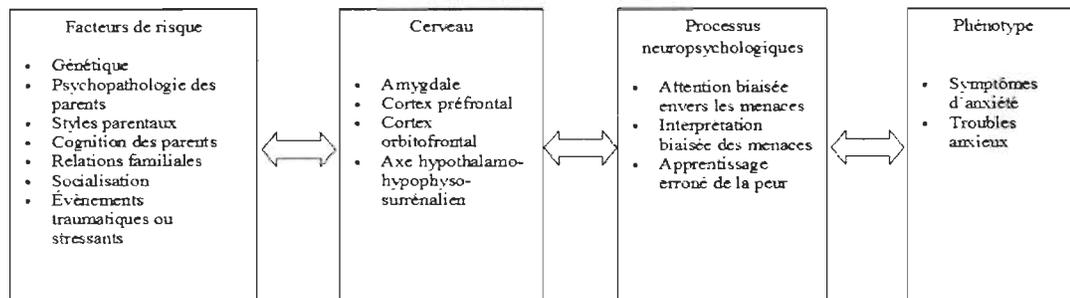


Figure 1. Facteurs de risque, biologie du cerveau et traitements cognitifs responsables du développement des troubles anxieux (traduction et adaptation de la figure originale de Waters, Farrell, & Schilpzand, 2013)

En considérant le microsystème familial, différents facteurs de risque au développement des troubles anxieux découlent directement d'influences parentales. Parmi ceux-ci, l'anxiété des parents joue un rôle prépondérant. En fait, elle se transmet à leur enfant, et ce, au-delà du fait qu'elle puisse être héréditaire. L'anxiété des parents exercerait son effet par apprentissage social. De leurs parents, les enfants apprendraient par modelage des comportements d'évitement, des états d'âme anxieux et des cognitions relatives à cet état d'âme (Beesdo et al., 2009; Ginsburg, Grover, & Jalongon, 2005). Ces chercheurs illustrent que l'anxiété des parents interférerait sur les capacités adaptatives des enfants, ce qui engendrerait des interactions parent - enfant anxiogènes. D'ailleurs, l'étude de Kendall et Ollendick (2004) abonde dans le même sens. Ces chercheurs démontrent qu'au-delà de l'influence que peut exercer la psychopathologie

des parents sur leur enfant, l'anxiété des enfants aurait tendance à son tour à exacerber la détresse des parents. Ces derniers répondent en ajustant leurs demandes, leurs attentes et leur style parental, ce qui provoque ainsi davantage d'anxiété chez l'enfant. D'autres études font aussi état d'autres facteurs de risque parentaux. En effet, le parentage hypercontrôlant et surprotecteur (qui ne favorise pas l'autonomie de l'enfant), le rejet parental et les mères peu chaleureuses augmenteraient l'incidence des troubles anxieux (Beesdo et al., 2009; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009; Rubin, Hastings, Stewart, Henderson, & Chen, 1997). Sur le plan de l'environnement familial, Hudson et Rapee (2009) rapportent que la faible cohésion, les conflits parentaux et le cumul de stress sont aussi associés à l'augmentation du risque des enfants à développer des troubles anxieux. Enfin, ces mêmes auteurs, appuyés par Craske et Waters (2005), démontrent que les enfants anxieux tendent à décrire leur famille comme étant orientée vers la réussite et le succès, comme étant moins sociable, plus conflictuelle, offrant peu de soutien, d'indépendance et d'autodétermination.

Jusqu'à présent, il est démontré que les troubles anxieux peuvent prendre racine à la maison en fonction de caractéristiques familiales. Néanmoins, l'environnement scolaire peut aussi être anxiogène. Entre autres, les évaluations, les examens, les exigences de réussite, de performance et l'esprit de compétition peuvent contribuer à augmenter le stress et l'anxiété chez les enfants. D'autres facteurs comme la pression des pairs, l'intimidation ou une relation conflictuelle avec un enseignant peuvent aussi être des sources d'anxiété. L'anxiété vécue en milieu scolaire est un facteur de risque qui

conditionne d'autres problématiques telles que les troubles de somatisation, d'absentéisme scolaire et des difficultés sur le plan des apprentissages (Kearney & Albano, 2004). On parle même, dans les cas extrêmes, de phobie scolaire. Cette peur de l'école est en grande partie expliquée par certains troubles anxieux sous-jacents. D'ailleurs, Kearney et Albano (2004) démontrent que l'anxiété de séparation et la phobie sociale sont des troubles prévalents lorsque l'on assiste à ce type de manifestations comportementales aversives envers l'école. Afin de limiter la dégradation de la situation d'un enfant à l'école, il faut intervenir tôt sur ces manifestations d'anxiété. Cependant, les manifestations relatives à l'anxiété sont difficiles à détecter et passent souvent sous le radar des intervenants du milieu scolaire, ce qui constitue un facteur de risque en soi (McLoone, Hudson, & Rapee, 2006; Tomb & Hunter, 2004). Le manque de sensibilité à détecter ces traits provient souvent d'un manque d'information et de formation des intervenants (Miller & Jome, 2008; Tomb & Hunter, 2004).

D'un autre côté, McLoone et al. (2006) remarquent que le manque d'implication des parents vis-à-vis de l'école peut jouer un rôle dans le développement et le maintien des symptômes d'anxiété de leur enfant. Entre autres, des parents peuvent refuser l'aide de l'école parce qu'ils ne reconnaissent pas ou ne veulent pas reconnaître les difficultés ou les symptômes de leur enfant de peur qu'il soit stigmatisé ou que les interventions de l'école augmentent davantage son anxiété. Tout compte fait, le dépistage précoce de ces symptômes en milieu scolaire est primordial lorsqu'on sait que ces troubles peuvent catalyser plusieurs autres problèmes à long terme tels que les troubles de l'humeur

(Cummings, Caporino, & Kendall, 2014). Certes, en comparant le milieu scolaire à d'autres instances privées ou publiques qui offrent des services d'intervention, celui-ci reste l'endroit de prédilection pour mener des évaluations et pour offrir des interventions adaptées et universelles afin de prévenir la genèse des troubles anxieux (McLoone et al., 2006; Somersalo, Solantaus, & Almqvist, 1999; Tomb & Hunter, 2004).

Comorbidité des troubles intériorisés

La recherche démontre clairement que les troubles anxieux et les troubles dépressifs peuvent se présenter en concomitance (Brady & Kendall, 1992; Garber & Weersing, 2010; Moffitt et al., 2007). Selon les études, on estime à entre 15 % et 75 % le taux de concomitance des troubles anxieux chez les jeunes ayant un trouble dépressif et entre 10 % et 15 % la présence d'un trouble dépressif chez les jeunes ayant un diagnostic de trouble anxieux (Cummings, Caporino, & Kendall, 2014). La direction de l'interinfluence entre les troubles intériorisés n'est pas clairement définie. En fait, Moffitt et al. (2007) corroborés par Beesdo et al. (2009) rapportent qu'habituellement les troubles anxieux précèdent l'émergence d'un état dépressif. Toutefois, à la lumière de certains résultats de ces chercheurs et de ceux provenant d'autres recherches, l'inverse peut se présenter aussi souvent (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Moffitt et al., 2007). Par ailleurs, selon une étude longitudinale sur la comorbidité de ces troubles, Kessler et al. (2008) indiquent que la séquence d'apparition des troubles anxieux et des troubles dépressifs est influencée par la présence de certains facteurs de

risque. D'ailleurs, une recension des écrits effectuée récemment par Cummings et al. (2014) fait le point sur ce sujet.

Suivant les assises théoriques de l'approche de la psychopathologie développementale, ces auteurs illustrent le phénomène à partir de trois trajectoires qui, somme toute, prennent en considération les dispositions ou vulnérabilités générales (tempérament, biologie, génétique, environnement) qui peuvent affecter l'enfant (la diathèse de l'enfant). La première trajectoire distingue l'enfant avec une prédisposition biologique (diathèse) relative à l'anxiété. Lorsque ces symptômes ne sont pas traités, la détérioration de l'état de l'enfant liée à l'anxiété devient un facteur de risque au déclenchement d'une dépression. Le développement de la dépression serait souvent observé chez les enfants qui manifestent une phobie sociale ou une anxiété de séparation. La détérioration de l'état de l'enfant due à l'anxiété interagit avec les différents facteurs de risque relatifs aux deux troubles (distorsion cognitive, affect négatif, styles parentaux, etc.) ce qui précipiterait l'état dépressif. Entre autres, la sensibilité que l'enfant anxieux porte au jugement social ainsi que l'altération de son processus interne lié à la récompense seraient deux vulnérabilités qui peuvent être associées au déclenchement de l'état dépressif. Pour les enfants qui suivent cette trajectoire, le traitement de l'anxiété est primordial.

Les enfants qui empruntent la deuxième trajectoire sont ceux qui ont les deux prédispositions biologiques soit celle de l'anxiété et celle de la dépression (Cummings et

al., 2014). Ils expriment simultanément les traits anxieux et dépressifs face à un même stress déclencheur. Cette deuxième trajectoire est empreinte d'une grande interaction entre plusieurs facteurs de risque que l'on retrouve pour l'anxiété et la dépression. En fait, c'est la trajectoire qui comprend le plus de facteurs de risque que partagent ces deux troubles. Nonobstant la présence des deux prédispositions, l'anxiété et la dépression peuvent être déclenchées à des moments différents. Le tout peut dépendre de l'âge de l'enfant et des changements reliés aux processus de maturation et de puberté. En somme, cette trajectoire est en grande partie expliquée par la génétique.

La troisième trajectoire inclut les enfants qui présentent une prédisposition biologique pour la dépression. La détérioration de la situation de l'enfant due à son état dépressif peut alors devenir une source d'anxiété (Cummings et al., 2014). L'anxiété peut être catalysée par des habiletés sociales lacunaires, de l'isolement ainsi que de l'intimidation qui découlent de l'état dépressif. Plusieurs influences indirectes lient la dépression au développement de troubles anxieux chez ces enfants. En fait, cette trajectoire de comorbidité serait la plus commune chez les enfants plus âgés et se présente le plus souvent en phobie sociale ou en trouble d'anxiété généralisée.

Tout compte fait, la comorbidité des troubles intériorisés est complexe et difficile à cerner, ce qui nécessite une acuité particulière de la part du professionnel lors de l'évaluation de ces troubles. Cette complexité s'accroît lorsqu'il y a concomitance des troubles extériorisés associés aux troubles intériorisés.

Facteurs de risque et centrations d'évaluation pour les troubles extériorisés

Considérer comme des comportements perturbateurs, les troubles extériorisés font souvent l'objet de consultation dû à l'impact que ces derniers ont sur le fonctionnement familial, social et scolaire. Ces troubles sont associés à un risque élevé de difficultés adaptatives à l'adolescence et à l'âge adulte tels que le décrochage scolaire, l'abus de substance, la délinquance, les comportements antisociaux et d'autres troubles de santé mentale (Séguin & Pilon, 2013). Multifactorielles, les causes de ces troubles relèvent de facteurs neurologiques, génétiques, biochimiques et anatomiques du cerveau qui sont en interaction avec l'environnement tout au long du développement de l'enfant. Cette section expose les facteurs ontosystémiques et microsystémiques à considérer dans l'apparition de ces troubles et se conclut à l'aide d'un modèle intégré de leur genèse.

Le trouble d'opposition avec provocation et le trouble des conduites

Selon le DSM-5 (APA, 2013), le trouble des conduites (TDC) est défini comme étant un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Quant au trouble d'opposition avec provocation (TOP), il est défini comme étant un ensemble de comportements négativistes, désobéissants, hostiles ou provocateurs persistants envers les figures d'autorité. Le TOP et le TDC sont très souvent concomitants (Simonoff et al., 2004). D'ailleurs, il peut s'avérer difficile pour les professionnels de bien les distinguer (Rowland, Lesesne, & Abramowitz, 2002). Des

études tendent toutefois à démontrer que le TOP est souvent le précurseur du TDC (Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000; Loeber & Keenan, 1994). Dans l'ensemble, les études rapportent des prévalences dans la population générale qui oscillent en dessous de 7 % pour ces deux troubles et que ceux-ci sont beaucoup plus prévalents chez les garçons (Kim-Cohen et al. 2005).

Sur le plan ontosystémique, les troubles extériorisés sont, entre autres, expliqués par des désordres neurochimiques qui impliquent la sérotonine et la dopamine. La sérotonine a une action inhibitrice dans le cerveau et est impliquée dans la régulation des émotions et du comportement, y compris l'inhibition de l'agressivité. Quant au système dopaminergique, celui-ci serait impliqué dans l'activation du comportement, la motivation, le traitement de la récompense et la modulation des comportements agressifs (Ryding, Lindstrom, & Traskman-Bendz, 2008; Seo, Patrick, & Kennealy, 2008; Siever, 2008). Sur le plan neuroanatomique, comparativement aux enfants dont le développement est normal, les enfants qui présentent ces troubles durant l'enfance ont des volumes réduits de matière grise dans le cortex orbitofrontal gauche, l'amygdale, l'hippocampe et le lobe temporal bilatéral tous en lien de loin ou de près avec le système limbique (Huebner et al., 2008). Chez ces enfants, ces anomalies du cerveau interfèrent dans la régulation des émotions affectant ainsi leur niveau d'empathie, leur façon de faire face à la menace et la régulation de l'agressivité. De plus, ces dysfonctions neuroanatomiques du système limbique affectent la mémoire et les facultés d'apprentissage.

Plus particulièrement, on observe que l'altération de l'hippocampe réduit l'encodage d'information spatio-temporelle à l'origine du développement d'habileté de communication non verbale nécessaire au fonctionnement social et à la création de relations harmonieuses avec les pairs (Jiron, 2010). Globalement, on constate, comme dans le cas des troubles intériorisés, que ces désordres dans les centres de contrôle du comportement (les lobes frontaux) et des émotions (système limbique) ont leur lot de conséquences sur les facultés neurocognitives, dont les fonctions exécutives de l'enfant qui manifestent de l'agressivité ou des troubles de comportement extériorisés (Séguin, Pihl, Harden, Tremblay, & Boulerice, 1995; Séguin, 2004). En résumé, ces déficits neurocognitifs chez l'enfant s'observent par des lacunes à exercer un contrôle exécutif sur ses comportements, ses efforts et ses émotions, des difficultés de langage et de communication interpersonnelle et des problèmes de traitement de l'information visuo-spatiale qui l'empêchent d'exprimer et de percevoir de l'information non verbale (Jiron 2010; Riggs, Greenberg., Kusche, & Pentz, 2006). Le Tableau 1 présente les principales fonctions neurocognitives associées aux troubles extériorisés qui pourraient faire l'objet de centrations d'évaluation. Ces centres de contrôle altérés responsables des problèmes neurocognitifs relatifs aux troubles extériorisés peuvent être non seulement modulés par la biologie innée du cerveau, mais aussi par une biologie qui a été façonnée par l'expérience et l'environnement pendant le développement (Cicchetti & Toth, 1995; Fishbein, 2000).

Tableau 1

Facteurs neurocognitifs associés aux troubles extériorisés

Fonctions neurocognitives	Déficits
Sensori-motrice	-Sous réactivité du système nerveux autonome -Faible fréquence cardiaque au repos
Attention	-Erreur par omission -Temps de réaction du système visuel -Vitesse de traitement de l'information
Visio-spatial	-Calepin visio-spatial -Mémoire spatiale
Langage	-Habilités langagières -QI verbal -Cognitions sociales
Fonctions exécutives	-Autorégulation -Inhibition comportementale -Mémoire de travail non verbale -Mémoire de travail verbale -Régulation émotionnelle et motivationnelle -Généralisation -Organisation et planification
Capacités cognitives générales	-Quotient intellectuel
Rendement scolaire	-Lecture -Écriture -Mathématiques -Difficulté d'apprentissage
Socio-émotive	-Interprétation des émotions -Labilité émotionnelle avec réaction intense -Irritabilité avec humeur négative envahissante -Retrait face à un nouveau stimulus et faible niveau d'adaptation -Distractibilité et faible tolérance à la frustration -Fonctionnement biologique irrégulier

Note. Ce tableau est une traduction et une adaptation de l'original tiré de Jiron (2010)

En s'attardant aux facteurs environnementaux, les facteurs familiaux peuvent avoir une grande part d'influence dans l'apparition des troubles extériorisés. En effet, Séguin et Pilon (2013) indiquent que les mères adolescentes, le faible niveau de

scolarisation des parents, les comportements antisociaux des parents, l'anxiété de la mère avant la naissance, les conflits conjugaux, les pratiques éducatives punitives et un faible statut socioéconomique de la famille sont les facteurs de risque les plus significatifs au développement de ces troubles. D'ailleurs, le fait d'avoir des parents qui ont des comportements antisociaux est directement en lien avec le développement de conduites antisociales chez les enfants (Patterson, DeGarmo, & Knutson, 2000). Par ailleurs, Pagani, Tremblay, Vitaro, Kerr et McDuff, (1998) notent que les transitions familiales lors de divorces seraient en lien avec une recrudescence d'agressions physiques et de vols chez les enfants. Les mêmes auteurs rapportent aussi que les enfants antisociaux de leur étude percevaient une moins bonne relation avec leur parent et qu'ils étaient sous une moins bonne supervision.

Les travaux d'Engels, Finkenauer et Van Kooten (2006) vont dans le même sens. En effet, ces auteurs font ressortir l'absence de supervision parentale ainsi qu'une mauvaise relation parent-enfant comme étant des facteurs prédictifs de ces comportements perturbateurs. Ce manque de supervision de la part des parents est plus marqué au moment où l'enfant vit sa transition entre une vie plus centrée sur des activités familiales vers une vie davantage centrée sur des activités avec ses pairs (Dishion, Nelson, & Bullock, 2004). En plus de ces facteurs environnementaux relatifs à la famille, d'autres facteurs en lien avec le monde scolaire, les relations avec les pairs, ou autres variables sont à considérer dans l'évaluation des enfants présentant des troubles extériorisés. Le Tableau 2 résume l'ensemble de ces facteurs de risque agissant

à tous les plans (individuel, familial, scolaire, etc.). Les prochaines lignes traitent de ces facteurs en les considérant dans un modèle développemental intégrateur qui, par le fait même, vient expliquer la forte comorbidité entre le TOP et le TDC.

Tableau 2

Facteurs de risque à l'enfance conduisant au développement des troubles extériorisés

Individuel	Familial	Scolaire	Relations avec les pairs	Macrosytémique
<ul style="list-style-type: none"> • Événement pré-péri-post natal • Hérité • Attachement inséure • Tempérament difficile • Hyperactivité • Impulsivité • Utilisation de substance • Agressivité • Début précoce des comportements perturbateurs • Comportement de retrait • Faible intelligence • Neurocognition (faible fonctions exécutives) • Pathophysiologie • Intoxication au plomb 	<ul style="list-style-type: none"> • Parent antisocial • Abus de substance • Pratique éducative lacunaire • Supervision lacunaire • Puntion corporelle • Faible communication • Faible relation parent-enfant • Négligence • Dépression maternelle • Tabac durant la grossesse • Mère adolescente • Inconstance ou incohérence des pratiques éducatives • Monoparentalité • Famille nombreuse • Faible statut socioéconomique • Parents sans emploi • Faible niveau d'éducation de la mère • Cumul de stress familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible performance scolaire • Redoublement scolaire (être plus vieux p/r au niveau scolaire) • Faible sentiment d'appartenance envers l'école • Peu de motivation scolaire • Climat scolaire négatif (pratique éducative) • Compétence lacunaire de l'enseignant • Environnement de classe négatif • Relation négative élève-enseignant 	<ul style="list-style-type: none"> • Rejet des pairs • Affiliations avec des pairs déviants • Influence de pairs déviants 	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalité dans le quartier • Pauvreté du quartier • Quartier désorganisé • Violence dans les médias

Note. Le contenu de ce tableau est une traduction et une adaptation des originaux tirés de Loeber & Farrington (2000) et Jiron (2010)

Comorbidité des troubles extériorisés

Intimement liés, ces troubles suivent une trajectoire développementale influencée par des facteurs de risque communs, dont le dysfonctionnement de l'environnement familial (Rey, Walter, Plapp, & Denshire, 2000). Une modélisation théorique de ces trajectoires développementales permet de bien comprendre l'évolution de ces troubles comme un tout intégré, simplifiant ainsi l'identification des facteurs de risque à évaluer et la planification d'interventions globalisantes sur un continuum temporel.

Dans une recension des écrits, Moffitt (2007) fait état des deux principales trajectoires qui conditionnent les troubles extériorisés. La première trajectoire regroupe les enfants ayant développé des conduites antisociales très tôt durant l'enfance et qui persistent à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte (LCP, life-course persistent) et la deuxième trajectoire comprend les enfants qui développent leurs conduites antisociales à l'adolescence (AL, adolescence-limited). Ceux qui suivent une trajectoire tardive (AL) tendent à être moins violents et agressifs que les enfants LCP et ont une propension à arrêter leur progression vers l'âge de 18 ans. Leurs difficultés comportementales seraient contextuelles à la puberté, à des traits de personnalité et à l'influence de pairs déviants. Beaucoup plus sévères, les conduites antisociales des enfants qui suivent une trajectoire précoce (LCP) commencent dès l'âge de trois ans. Leur origine découle principalement de conditions médicales, de tempérament difficile et de facteurs neurologiques à la base de déficits neurocognitifs qui altèrent le développement du langage, de la mémoire et de l'autocontrôle en bas âge. Ces enfants proviennent plus souvent de familles

dysfonctionnelles, marquées par des cumuls de stress dans lesquelles les pratiques éducatives des parents sont inadéquates, instables sur le plan des exigences, punitives, coercitives, empreintes de maltraitance et où les interactions entre les membres sont négatives. Dans ce contexte familial, l'enfant développe peu d'habiletés sociales. Arrivés à l'école, ces enfants éprouvent beaucoup de difficultés sur le plan des apprentissages, sont rejetés par les pairs et leurs enseignants et s'affilient avec des pairs déviants ce qui renforce le développement de comportements antisociaux (Vitaro, Tremblay, Kerr, Pagani, & Bukowski, 1997). En somme, ces conséquences sur l'enfant découlent de l'exacerbation de ses déficits neurocognitifs causée par l'adversité de l'environnement dans lequel il vit (Moffitt, 1993). À la lumière de cette théorisation, l'environnement familial, scolaire, les déficits neurocognitifs ainsi que l'âge de survenue du problème de comportement seraient les principaux aspects à considérer dans l'analyse du développement des troubles extériorisés. Lors de l'évaluation, l'importance de s'y attarder est d'autant plus grande alors que la présence de ces comportements à l'école primaire est prédictive d'un mauvais pronostic.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Dans le DSM-5, le TDAH est désormais classifié comme un trouble neurodéveloppemental au même titre que la déficience intellectuelle, les troubles de la communication et les troubles du spectre autistique. Ainsi, pour la première fois dans l'histoire du DSM, le TDAH est séparé conceptuellement du TOP et du TDC. Le TDAH est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus communément diagnostiqués

durant l'enfance. La prévalence du TDAH est estimée à environ 5 % (APA, 2013). Mondialement, on estime la prévalence du TDAH à 5,29 % (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Dans la population générale, le TDAH est plus prévalent chez les garçons avec un ratio de 2 : 1 (APA, 2013). Les recherches scientifiques des dernières années ont mis en évidence le fait que le TDAH est un trouble qui est en lien avec le développement du cerveau. C'est ce qui explique en partie le changement de catégorie de ce trouble.

Plusieurs facteurs en lien avec la biologie, la neurobiologie et l'anatomie du cerveau sont impliqués dans l'étiologie, le développement et les manifestations du TDAH (Hale, Reddy, Weissman, Lukie, & Schneider, 2013). Sur le plan biologique, il y a une série de facteurs relatifs aux complications pré-, péri-, et post-natales. Notamment, on parle de complications intra-utérines sur le plan de la maturation de l'embryon et du fœtus, de la durée du travail avant accouchement, de l'utilisation des forceps, de la pré-éclampsie ou l'éclampsie, de la mauvaise santé de la mère, d'un âge maternel précoce et du faible poids à la naissance (Barkley, 2006; Biederman & Faraone, 2002; 2005; Mick, Biederman, Prince, Fischer, & Faraone, 2002). On note aussi la consommation d'alcool et de tabac avant et pendant la grossesse comme étant des facteurs de risque importants (Biederman & Faraone, 2005; Das Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007; Mick, Biederman, Faraone, Sayer, & Kleinman, 2002).

Les recherches en neuropsychologie et neurophysiologie démontrent que l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité qui caractérisent le TDAH sont le résultat de déficits sur le plan de l'inhibition comportementale et des fonctions exécutives. Ces déficits neurocognitifs peuvent être causés par une dysfonction du cortex préfrontal dorsolatéral et de ses circuits neuronaux liés au striatum et au cervelet (Barkley, 2006; Krain & Castellanos, 2006). D'ailleurs, Seidman, Valera et Makris (2005) démontrent dans leur recension des écrits à ce sujet que l'ensemble des études ayant mesuré au moins une partie du cortex préfrontal dorsolatéral ont mis en évidence que cette structure était moins volumineuse chez les enfants atteints d'un TDAH. Selon cette étude, il en est de même pour les noyaux caudés, le pallidum, le corps calleux et le cervelet. Enfin, plusieurs études ont fait la démonstration des déséquilibres neurochimiques dans le cerveau responsables du TDAH (Biederman & Faraone, 2005; Remschmidt et al., 2005). En fait, les gènes impliqués dans la genèse du trouble seraient responsables de ce dérèglement chimique. La dopamine et la noradrénaline sont les neurotransmetteurs déficitaires chez les enfants ayant un TDAH. Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH ont pour effet d'augmenter ou de maintenir le flux de ces substances chimiques dans le cerveau et ainsi améliorer les fonctions cognitives et exécutives de l'enfant (Barkley, 2006; Berridge et al., 2006).

L'expression et les manifestations comportementales du TDAH sont modulées et exacerbées par des facteurs environnementaux tels que l'environnement familial, l'attachement, les styles parentaux, les relations avec les pairs et les performances

académiques (Hale et al., 2013). La qualité des soins de la part des parents est un élément prédictif de l'ampleur de l'inattention et de l'hyperactivité des enfants d'âge scolaire. En effet, les stratégies de contrôle inefficaces (commentaires acerbes, punitions physiques, etc.), les pratiques éducatives inconstantes, l'absence d'affection et d'approbation, l'absence de soutien social, le cumul de stress et l'attachement insécurisé influencent la sévérité des symptômes du TDAH (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson, & Stiefel, 2002; Ellis & Nigg, 2009; Grizenko, Shayan, Polotskasia, Ter-Stepanian, & Joobar, 2008; Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham, & Hoza, 2002). Il existe un consensus dans la littérature scientifique sur le fait que les facteurs de risque environnementaux ne causent pas le TDAH. Ces facteurs ont une influence sur le maintien et la sévérité des symptômes et c'est dans cette optique qu'il est important d'en tenir compte lors d'une évaluation (Biederman, Faraone, & Monuteaux, 2002; Jensen, 2000). En fait, les causes directes du TDAH sont d'ordre biologique, génétique, héréditaire et neurobiologique (Barkley, 2006; Biederman & Faraone, 2002; Remschmidt & the Global ADHD Working Group, 2005).

Le TDAH débute durant l'enfance et évolue tout au long du développement. Durant l'enfance et l'adolescence, le TDAH a une forte propension à évoluer en concomitance avec d'autres symptômes tant sur les plans intériorisés qu'extériorisés (National Resource Center on ADHD [NRC-ADHD], 2009; Simonoff et al., 2004; Whittinger, Langle, Fowler, Thomas, & Thapar, 2007). Selon les études épidémiologiques (NRC-ADHD, 2009), près de 40 % des enfants ayant un TDAH

peuvent aussi avoir en concomitance un TOP et 25 % un TDC. Par ailleurs, 10 à 30 % peuvent manifester des symptômes de dépression, plus de 30 % peuvent avoir des symptômes d'anxiété et plus de 50 % peuvent développer des problèmes d'apprentissage. Bref, ce trouble se manifeste tôt dans le développement, souvent avant l'âge de scolarisation et il se retrouve très souvent en toile de fond du tableau clinique de plusieurs problèmes de santé mentale en particulier le TOP et le TDC, pouvant constituer en soi un facteur de risque important au développement de ceux-ci (Côté, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, & Vitaro, 2002; Dick, Viken, Kaprio, Pulkkinen, & Rose 2005; Faraone, Biederman, Jetton, & Tsuang, 1997; Loeber & Keenan, 1994; Mannuzza, Klein, Abikoff, & Moulton, 2004; Pardini & Fite, 2010; Patterson, DeGarmo, & Knutson, 2000; Van Lier, Van Der Ende, Koot, & Verhulst, 2007).

Comorbidité des troubles intériorisés, extériorisés et du TDAH selon une perspective développementale

La comorbidité entre les troubles intériorisés et extériorisés est relativement commune. En effet, Costello et al. (2003) démontrent dans leurs travaux que 25 % des sujets de leur échantillon total ($N = 6\,674$) ayant un de ces diagnostics avaient deux troubles et plus en concomitance. De leur côté, Cohen et al. (1993) rapportent que les enfants de leur étude âgés entre 10-13 ans ($N = 541$) avaient en moyenne 1,72 trouble diagnostiqué. Plusieurs études sur la comorbidité des troubles intériorisés et extériorisés démontrent que l'apparition précoce de ceux-ci se présente dans des environnements très à risque et qu'elle est associée à des facteurs de risque ontosystémiques spécifiques

(Fanti & Henrich, 2010; Gilliom & Shaw, 2004; Nottelman & Jensen, 1995). Les facteurs de risque tels que le faible statut socioéconomique, l'environnement familial chaotique, la dépression maternelle, le tempérament difficile de l'enfant et les déficits cognitifs sont effectivement autant associés à l'étiologie des troubles intériorisés qu'extériorisés. Toutefois, Fanti et Henrich (2010) associent davantage les problèmes de santé mentale de la mère, le faible statut socioéconomique ainsi que le tempérament difficile de l'enfant comme étant les facteurs les plus contributifs à l'apparition concomitante des troubles intériorisés et extériorisés.

Dû à l'origine multifactorielle des différentes psychopathologies, il est difficile de mettre le doigt sur les causes exactes de cette comorbidité. Les facteurs contributifs ne sont pas exclusifs à un diagnostic. En fait, deux troubles concomitants peuvent partager un même ou les mêmes facteurs de risque. On n'a qu'à penser aux mêmes facteurs d'adversité familiale qui se présentent dans le portrait étiologique de plusieurs troubles de santé mentale. En effet, les mauvaises pratiques éducatives des parents peuvent tout autant influencer un trouble anxieux qu'un TDC. D'un autre côté, le même facteur de risque observé pour un trouble intériorisé ou un trouble extériorisé peut se distinguer par son influence et ainsi influencer les troubles d'une façon distincte. Par exemple, l'état dépressif des parents peut être lié au développement d'un état dépressif chez l'enfant dû à l'aspect héréditaire du trouble. Toutefois, cette condition des parents peut aussi contribuer au dysfonctionnement familial, spécialement lorsque les deux parents sont dépressifs, ce qui par conséquent rend l'enfant à risque de développer un

trouble des conduites (Caron & Rutter, 1991). Cela dit, les trajectoires précoces des troubles intériorisés et extériorisés peuvent partager en grande partie les mêmes facteurs de risque proximaux (Gilliom & Shaw, 2004).

Patterson et Capaldi (1990) proposent un modèle dans lequel les troubles extériorisés sont la plupart du temps précurseurs des troubles intériorisés. Le postulat du modèle indique que les troubles dépressifs ou anxieux découlent des échecs que les enfants vivent sur le plan social en raison de leurs comportements perturbateurs. En d'autres termes, l'enfant qui manifeste des troubles extériorisés est assujéti au rejet social ce qui, par conséquent, le rend à risque de développer des troubles intériorisés. De manière générale et d'un point de vue développemental, la fréquence et l'intensité de ces troubles en concomitance peuvent fluctuer durant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, et ce, dans des directions opposées. En fait, les comportements perturbateurs peuvent atteindre leur apogée durant la petite enfance, tendre par la suite à diminuer durant l'enfance et reprendre du mordant à l'adolescence (Loeber & Keenan, 1994). On observe le phénomène inverse pour les troubles intériorisés pour lesquels la prévalence tend à augmenter durant l'enfance et l'adolescence (Gilliom & Shaw, 2004). Les psychopathodéveloppementalistes expliquent ces fluctuations par l'effet des changements associés à l'âge de l'enfant sur ses cognitions et son environnement social. Par exemple, la diminution des comportements agressifs serait attribuable au développement des habiletés langagières, de résolution de conflit et à un meilleur encadrement de la part des parents au fil du temps. En contrepartie, l'intensification des

troubles intériorisés serait causée par l'émergence des capacités mnémoniques et d'anticipation (Gilliom & Shaw, 2004). Plus précisément, Loeber et Keenan (1994) démontrent les différents patrons développementaux possibles des troubles extériorisés et leur principale comorbidité (Figure 2).

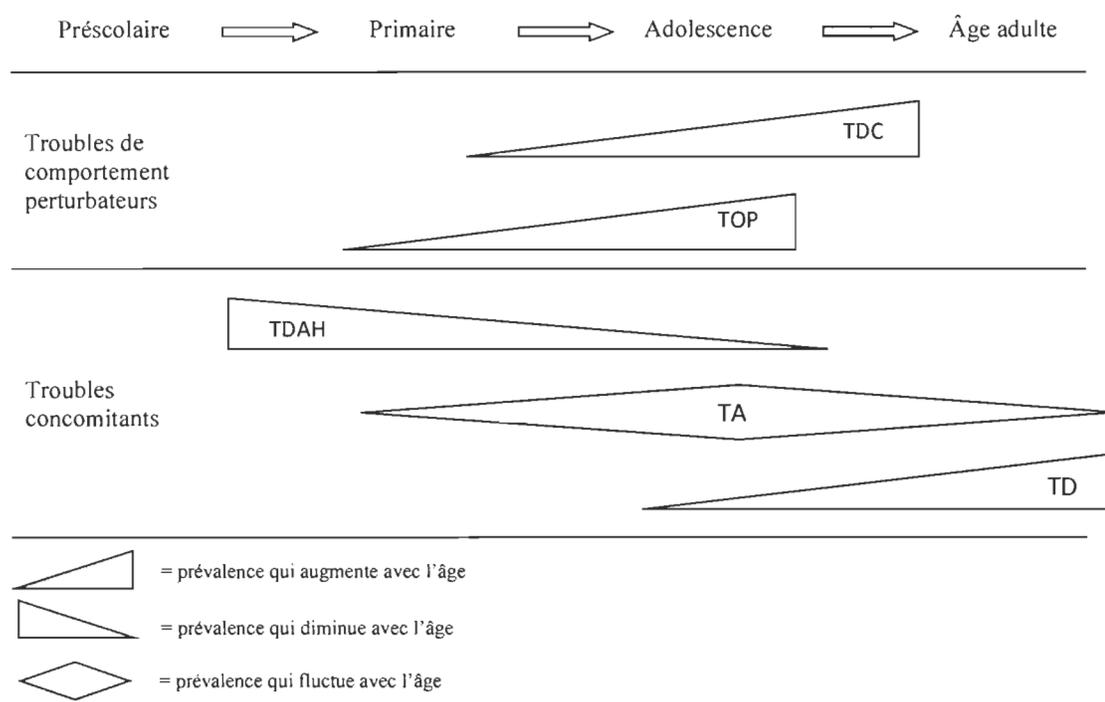


Figure 2. Représentation schématique des changements de prévalences des troubles de comportement perturbateur et leur comorbidité selon l'âge développemental.

Note1. Cette figure est une traduction et une adaptation de l'original tiré de Loeber & Keenan (1994)

Note2. TDC : trouble des conduites; TOP : trouble oppositionnel avec provocation; TDAH : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité; TA: trouble anxieux; TD : trouble dépressif

Tel qu'illustré, les symptômes du TOP apparaissent habituellement plus tôt dans le développement que ceux du TDC et selon ces auteurs, leur prévalence tend à augmenter avec l'âge. Parallèlement au développement de ces comportements

perturbateurs, la séquence habituelle d'apparition des autres troubles concomitants débute par le TDAH, ensuite se pointe l'anxiété puis survient la dépression. Sur ce continuum, la prévalence des troubles concomitants aux TDC et TOP tend à fluctuer. C'est le cas pour le TDAH et les troubles anxieux (anxiété de séparation, anxiété généralisée) qui peuvent diminuer avec l'âge. Une telle diminution des symptômes d'anxiété et du TDAH contribuerait à atténuer l'escalade des symptômes du TOP et du TDC. On observe l'effet inverse pour la dépression. Effectivement, en vieillissant et plus particulièrement au début de l'adolescence, les symptômes de dépression des enfants avec un TOP ou un TDC augmenteraient et cette croissance contribuerait à exacerber les symptômes du TOP et du TDC.

En résumé, la comorbidité entre les troubles intériorisés et extériorisés est un phénomène d'une grande complexité en raison de leur aspect multifactoriel. En effet, les facteurs de risque ne sont pas exclusifs à un trouble et le même facteur peut avoir une influence distincte sur chacun des troubles appartenant à l'un ou l'autre des deux spectres. On sait toutefois que ce phénomène prend souvent naissance dans des milieux très à risque dont le statut socioéconomique est faible avec une figure maternelle qui a des problèmes de santé mentale. À ces facteurs environnementaux, s'ajoutent des facteurs individuels tels que le tempérament et les processus cognitifs, qui interfèrent le plus souvent dans la concomitance des troubles. La séquence développementale des troubles est à considérer. La présence d'un diagnostic annonce la plupart du temps l'apparition d'un autre trouble concomitant s'il n'est pas pris en charge initialement. On

observe spécialement l'émergence des troubles intériorisés après qu'un trouble extériorisé se soit manifesté (Loeber & Keenan, 1994; Meagher et al., 2009). Il est donc particulièrement important de considérer l'identification des facteurs de risque proximaux aux fins d'interventions ciblées susceptibles d'agir sur les troubles de ces deux spectres et ainsi freiner la genèse d'une éventuelle concomitance.

Considérations en fonction du sexe et du genre de l'élève

Les manifestations des troubles du comportement ainsi que leurs causes peuvent se différencier selon le sexe de l'élève, entre autres, en raison de leurs conditions biologiques ou de socialisation. Par conséquent, une attention particulière sur ces différences peut conduire à un meilleur éclairage dans la façon de concevoir et d'analyser la problématique d'un élève. D'ailleurs, Rutter, Caspi et Moffitt (2003) indiquent que l'étude des différences entre les sexes peut être un excellent moyen d'identifier l'étiologie complexe des différents troubles de santé mentale. Les écrits scientifiques sur le développement des psychopathologies durant l'enfance et l'adolescence est quasi-unanime sur le fait que les troubles extériorisés sont beaucoup plus prévalents chez les garçons (Fussum, Willy-Tore, Handegard, & Drugli, 2007; Hammarberg & Hagekull, 2006; Keiley, Bates, Dodge, & Pettit, 2000; Loeber et al., 2000; Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004; Odgers et al., 2008; Rutter et al., 2003). Sur le plan épidémiologique, des études indiquent que les prévalences du TDC et du TOP sont trois à quatre fois plus élevées chez les garçons (Messer, Goodman, Rowe, Meltzer, & Maughan, 2006).

Bien qu'ils sont moindres chez les filles, les taux de prévalence ne diminuent pas avec l'âge et évoluent différemment (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000). En fait, les filles suivent davantage une trajectoire tardive (AL) de comportement antisocial, c'est-à-dire qu'elles développent plus souvent leur problème de comportement à l'adolescence (Moffitt & Caspi, 2006). Malgré le fait que les prévalences soient moins élevées chez les filles, on observe que la gravité de leurs problèmes de comportement est aussi, voire même plus intenses, que celle des problèmes des garçons (Déry & Lapalme, 2006; Nelson, Babyak, Gonzalez, & Benner, 2003). De l'autre côté du spectre, les études arrivent à un consensus partiel pour ce qui est des troubles intériorisés. Plusieurs études ont mis de l'avant des prévalences plus élevées de troubles intériorisés chez les filles (Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge, & Pettit, 2003; Merrell & Dobbmeyer, 1996; Rutter et al., 2003), et ce, jusqu'à quatre fois en milieu scolaire (Nelson et al., 2003). Par contre, d'autres travaux n'indiquent aucune différence significative entre les deux sexes sur ce plan (Hammarberg & Hagekull, 2006), alors que certaines études démontrent des prévalences plus élevées chez les garçons, spécialement en présence de troubles extériorisés (Somersalo et al., 1999). On observe tout de même une tendance chez les filles à manifester davantage de problèmes de dépression à l'adolescence (Cummings et al., 2014; Meagher et al., 2009; Twenge, Nolen-Hoeksema, & Baker, 2002). Le constat est le même pour les troubles anxieux chez les adolescentes dans la population générale, mais comparable aux garçons dans des échantillons cliniques (Cummings et al., 2014). De plus, comparativement aux garçons, les prévalences des troubles anxieux chez les filles sont plus élevées en bas âge (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008).

Ces différences entre les sexes sur le plan des manifestations comportementales découlent de plusieurs processus. Entre autres, les garçons et les filles peuvent répondre à des facteurs de risque environnementaux différents, être influencés par différentes dimensions d'un même facteur de risque, exprimer divers mécanismes biologiques ou expressions génétiques, avoir des seuils biologiques et génétiques de déclenchement d'un trouble différent ou vivre d'une façon distincte l'influence des interactions entre les facteurs environnementaux et biologiques (Zahn-Waxler et al., 2008). Les lignes suivantes présentent un survol des principaux facteurs associés à ces processus qui différencient les garçons et les filles selon le type de psychopathologie.

Facteurs associés aux troubles extériorisés selon le sexe et le genre

Les facteurs de risque biologiques, notamment les dysfonctionnements cognitifs, ainsi que les facteurs environnementaux à l'origine des troubles extériorisés seraient les mêmes pour les deux sexes (Déry, Toupin, Verlaan, & Lemelin, 2013; Moffitt, 1993; Lahey et al., 2006). L'explication des prévalences plus élevées chez les garçons réside plutôt dans le fait qu'ils exprimeraient généralement plus de vulnérabilités personnelles telles que des délais de maturation physique, de développement du langage, de régulation des émotions et le TDAH (Barkley, 2006; Keenan & Shaw, 1997). De leur côté, les filles auraient davantage de facteurs de protection biologiques et environnementaux qui découlent de leur processus de socialisation. Entre autres, elles ont de meilleures habiletés de contrôle de soi, d'inhibition et de régulation des émotions, de meilleures habiletés sociales, elles sont entraînées tôt à la coopération et au souci des

autres et elles bénéficient davantage d'encadrement et de supervision, les rendant ainsi moins à risque de développer des troubles de comportement extériorisés (Déry et al., 2013; Zahn-Waxler et al., 2008).

En fait, selon Déry et Lapalme (2006), ce qui conduirait les filles à développer des troubles extériorisés c'est l'intensité des facteurs de risque sociaux et familiaux auxquels elles peuvent être exposées. En effet, chez les filles avec ces troubles, un même facteur de risque doit s'exprimer de façon beaucoup plus forte que pour les garçons pour entraîner des difficultés de comportement. D'ailleurs, sur le plan individuel, les habiletés cognitives des filles présentant des troubles extériorisés seraient plus faibles que celles des garçons dans la même situation (Déry & Lapalme, 2006). Les milieux dans lesquels les filles avec un TDC vivent seraient beaucoup plus adverses, violents, abusifs et dysfonctionnels sur le plan familial que celui des garçons dans les mêmes conditions (Déry et al., 2013; Fussum et al., 2007; Kroneman, Loeber, Hipwell, & Koot, 2009; Lewis et al., 1991; Zahn-Waxler, & Polanichka, 2004). D'ailleurs les travaux de Déry et al. (2013) mettent en évidence une plus grande association entre les filles ayant un TDC et des facteurs de risque prénataux et post-nataux (tabagisme durant la grossesse, faible taux d'allaitement au sein), des caractéristiques du contexte familial (mère adolescente à la naissance de l'enfant, personnalité antisociale du parent, parent peu scolarisé) et des pratiques éducatives parentales lacunaires (négligence, faible supervision, désengagement à l'égard de la vie scolaire de l'enfant).

D'un autre côté, Zahn-Waxler et al. (2008) rapportent dans leur recension des écrits que les filles et les garçons n'auraient pas le même niveau de sensibilité face à certains facteurs de risque. En particulier, les filles seraient davantage affectées par la qualité du parentage et du climat familial alors que les garçons seraient plus influencés par la qualité de la relation mère-enfant. Par ailleurs, Lewin, Davis et Hops (1999) rapportent que le meilleur indice prédictif des conduites antisociales chez les filles se retrouve sur le plan des apprentissages à l'école. À l'inverse, chez les garçons, les meilleurs indices de prédiction sont le rejet des pairs, les comportements agressifs (crise de colère, se battre) et le retrait social. En somme, les facteurs de risque qui mènent aux troubles extériorisés seraient similaires pour les garçons et les filles, mais les processus qui les régissent peuvent différer. Entre autres, c'est l'intensité d'exposition et la sensibilité de chacun à certaines variables qui peuvent différer de l'un à l'autre.

Facteurs associés aux troubles intériorisés selon le sexe et le genre

Les facteurs de protection dont bénéficient les filles sur le plan biologique lorsqu'il est question de troubles extériorisés peuvent leur être nuisibles dans le cas des troubles intériorisés. En fait, la maturation neurologique plus rapide qu'on observe dans certaines parties de leur cerveau les rendrait plus à risque de développer ce type de trouble (Zahn-Waxler et al., 2008). Les régions du cerveau qui bénéficient de cette maturation accélérée sont particulièrement responsables de processus cognitifs décisionnels, d'inhibition, de jugement et de la gestion des émotions ce qui, comparativement aux garçons, les amènent à avoir davantage d'inquiétudes,

d'angoisses, de peurs, de culpabilité, de ruminations, de honte, de tristesse et d'anxiété (Zahn-Waxler et al., 2008).

Sur le plan des adversités environnementales, on observe que les filles sont plus sensibles à la dépression maternelle. En présence d'une mère dépressive, elles sont plus à risque que les garçons de développer des troubles intériorisés, et ce, parce qu'elles passeraient plus de temps avec leur mère dépressive et entretiendraient des liens émotifs plus forts (Goodman & Tully, 2006). De cela peut naître une forme de « contagion » mère-fille (Zahn-Waxler et al., 2008). Les filles seraient aussi plus sensibles à la discorde familiale que les garçons et développeraient davantage de problèmes dépressifs dans un tel environnement (Zahn-Waxler, Crick, Shirlcliff, & Woods, 2006). Dans ce contexte, elles manifestent plus de détresse psychologique, de peurs, elles se sentent plus concernées, coupables et responsables des situations conflictuelles comparativement aux garçons, ce qui augmente le risque de trouble dépressif. À l'inverse, dans un contexte similaire de discorde familiale, les garçons développeraient davantage des troubles extériorisés (Davis & Lindsay, 2004; Aube, Fichman, Saltaris, & Koestner, 2000). Enfin, dans des situations de conflits interpersonnels, les filles sont plus susceptibles de développer des troubles intériorisés. Les ruptures les atteignent davantage, car elles sont généralement beaucoup plus investies émotionnellement dans leurs relations sociales et amoureuses (Rudolph, 2002). En somme, on observe que les filles manifestent davantage de troubles intériorisés, entre autres, en raison de leurs prédispositions biologiques. La maturation précoce de certaines zones de leur cerveau où siègent les

cognitions et leurs distorsions seraient à l'origine de leur sensibilité et vulnérabilité aux stress environnementaux. Pour les filles, il faut donc porter une attention particulière à la façon dont elles perçoivent les enjeux relationnels dans lesquels elles sont investies, et ce, tant sur le plan familial que social.

Recommandations de pratiques en évaluation

L'intérêt d'évaluer et de prendre en charge les élèves ayant des troubles du comportement dès le primaire découle, selon plusieurs auteurs, d'une logique préventive pour laquelle les interventions précoces sont souhaitables afin de freiner l'aggravation des symptômes (Déry, Laventure, Toupin, Verlaan, & Pauzé, 2007; Goupil, 2014; MEQ, 1999). Caractérisée par différents degrés de complexité et de vulnérabilité, chaque situation est unique et nécessite une attention particulière. Or, selon l'OPPQ (2014), l'action d'évaluer nécessite une grande compétence et doit être faite avec rigueur sachant que les conclusions de celle-ci peuvent avoir un impact considérable et préjudiciable sur la trajectoire de l'élève. Dans ce contexte, les professionnels doivent avoir recours aux meilleures pratiques pour mener leur évaluation (Hunsley & Mash, 2007; Mash & Hunsley, 2005). Pour ce faire, plusieurs recommandations de pratiques à employer pour mener l'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire sont faites dans la littérature et plus particulièrement dans le domaine de la psychologie scolaire. Notamment, des recommandations sont émises sur des méthodes de collectes de données ou des techniques à employer lors d'une évaluation. Les lignes suivantes font état de ces recommandations.

Les méthodes directes de collecte de données

L'observation directe du comportement est l'une des méthodes de collecte de données les plus utilisées pour évaluer les troubles du comportement des élèves, notamment par les psychologues scolaires (Shapiro & Heick, 2004; Wilson & Reschly, 1996). Qu'elle soit structurée ou non, l'observation est aussi une opération centrale dans la démarche professionnelle d'intervention du psychoéducateur (Gendreau, 2001; Pronovost, Caouette, & Bluteau, 2013). Plusieurs auteurs recommandent l'observation directe en classe comme méthode de prédilection pour collecter de l'information sur les comportements problématiques des élèves (Chafouleas, Riley-Tillman, & Sugai, 2007; Kelley, 2003; McConaughy & Ritter, 2014). D'ailleurs, Hintze, Volpe et Shapiro (2004) indiquent que les informations recueillies par observation sont particulièrement utiles pour guider la planification et le suivi des interventions. De son côté, Kelley (2003), précise que collecter un échantillon d'observations du comportement de l'élève dans l'environnement dans lequel il se produit fournit une information fidèle, exempte des biais possibles que pourrait présenter la perception d'une tierce personne. Bien que la littérature foisonne sur les différents types et méthodes d'observation, Hintze et al., (2004) proposent un modèle d'observation qui se prête bien au contexte scolaire.

Le modèle d'observation directe que ces auteurs présentent comporte un volet qualitatif, voire descriptif, et un volet quantitatif. Qualitativement, l'observation se fait d'une façon naturaliste c'est-à-dire dans le milieu naturel (dans la salle de classe, à la cafétéria, au gymnase, etc.) au moment où survient le comportement problématique.

L'observateur dans ce contexte décrit simplement le comportement en question en notant la chronologie de la manifestation comportementale. L'observateur peut aussi décrire le comportement en employant la méthode A-C-C inspirée des théories comportementalistes. Cette dernière vise à décrire les antécédents (A) qui déclenchent le comportement (C) et les conséquences (C) qui favorisent son maintien.

Sans remettre en question l'utilité de données d'observation, il faut considérer que la portée des observations naturalistes est limitée quant à l'élaboration d'hypothèses cliniques robustes ou pour les prises de décisions. Le danger d'une surinterprétation de ce type de données peut guetter l'observateur (Hintze et al., 2004). Purement descriptive, l'observation naturaliste s'avère néanmoins pertinente comme étape préliminaire à une collecte exhaustive de données observables. D'autres types d'observations plus rigoureuses peuvent être combinés aux approches naturalistes de manière à augmenter la validité de la collecte de données. Selon Hintze et al. (2004) l'observation systématique des comportements permet d'objectiver les données recueillies au cours de cette opération. Celle-ci consiste à quantifier ou mesurer des concentrations d'observation définies opérationnellement. Pour ce faire, on mesure la fréquence, la durée ou la latence des comportements à l'aide de grilles d'observation, et ce, dans une perspective écologique. L'observation systématique peut se faire, entre autres, par intervalle ou par échantillon de temps.

Les méthodes indirectes de collecte de données

L'entrevue est une méthode indirecte de collecte de données qui a longtemps été considérée comme étant la pratique initiale dans une procédure d'évaluation, tant en pratique clinique générale qu'en milieu scolaire (Busse & Beaver, 2000; McConaughy, 2000). Pour évaluer les troubles du comportement, Hunsley et Mash (2007) ainsi que McConaughy et Ritter (2014) recommandent que des entrevues soient conduites auprès des parents (ou leurs substituts), de l'enseignant et de l'élève si son niveau de développement cognitif le permet. Le format des entrevues peut aller de structuré à semi-structuré ou non structuré. Toujours selon McConaughy et Ritter (2014), l'entrevue semi-structurée semble être le format le plus efficace pour l'ensemble des répondants et plus particulièrement pour l'élève. En effet, l'entrevue structurée peut sembler longue et fastidieuse pour celui-ci. Par contre, l'entrevue non structurée tend à être subjective, rendant ainsi plus difficile l'interprétation objective des données collectées.

Une autre méthode de collecte de données indirecte consiste en l'utilisation d'échelles d'évaluation. Comme l'indiquent McConaughy et Ritter (2014), les meilleures pratiques en évaluation incluent leur utilisation. Idéalement, selon ces auteurs, les échelles d'évaluation doivent être standardisées, constituées d'échelles de syndromes qui sont appuyées empiriquement et validées auprès d'un large échantillon normatif qui couvre plusieurs tranches d'âge pour les deux sexes. Plusieurs avantages liés à l'utilisation d'échelles d'évaluation sont relevés par McConaughy et Ritter (2014), Lachar et Gruber (2003), Shapiro et Kratochwill (2000). Entre autres, elles ont

l'avantage d'être précises, économiques et efficaces. De plus, l'analyse des résultats permet de situer et de comparer la gravité de la problématique de l'élève par rapport à une population générale. Enfin, les échelles d'évaluation permettent de dépister des troubles sous-jacents et les comorbidités possibles d'un problème plus spécifique. Il existe une pléthore d'échelles d'évaluation disponibles en français qui ont été développées pour mesurer les troubles du comportement sous plusieurs dimensions. Par exemple, l'Achenbach System of Empirically Based Assessment (Achenbach & Rescorla, 2001), le Behavior Assessment System for Children (Reynolds & Kamphaus, 2004) et le Conners Comprehensive Behavior Rating Scale (Conners, 2008) sont des échelles d'évaluation couramment utilisées en milieu scolaire et qui se démarquent, entre autres, sur le plan de leurs propriétés psychométriques. Elles permettent de dresser un portrait global de la fréquence d'un large éventail de manifestations comportementales telles que les compétences de l'élève, les troubles intériorisés et les troubles extériorisés que celui-ci peut présenter.

L'approche multiméthodes et multirépondants

Afin de dresser un portrait global et holistique de la problématique d'un élève, Gresham (2007), McConaughy et Ritter (2014), Shapiro et Kratochwill (2000) recommandent de combiner plusieurs méthodes (directes et indirectes) de collecte de données. L'étude de Doctoroff et Arnold (2004) menée auprès de parents, d'enseignants et d'élèves ($N = 79$) du préscolaire ayant des comportements extériorisés démontre qu'en adoptant une approche multiméthodes, et ce, auprès de plusieurs répondants,

l'évaluateur augmente la validité prédictive de son évaluation et diminue le risque de faire des erreurs d'interprétation. Le principe de trianguler des données qui proviennent de plusieurs méthodes (observation, entrevue, échelle d'évaluation) et de plusieurs répondants (élève, parent, enseignant) dans la procédure d'évaluation est basé sur la notion de validité de convergence. De la sorte, des données provenant de deux méthodes ou plus qui tendent à concorder constituent probablement des données valides. Il est à noter que certains contextes peuvent influencer la convergence des données spécialement entre différents répondants. Par exemple, Johnson et Hannon (2014) démontrent dans leur étude que les données collectées à l'école qui proviennent de l'enseignant sont faiblement corrélées avec les données qui proviennent des parents ou de l'élève. Cette divergence n'invalide pas les méthodes ou les données, elle indique plutôt l'effet spécifique du contexte dans lequel les comportements se manifestent (De Los Reyes et al., 2015; Dirks, De Los Reyes, Briggs-Gowan, Cella, & Wakschlag, 2012). Les différents rôles des répondants amènent une multitude de perspectives d'une même situation ce qui entraîne une diversification de l'information (Lachar & Gruber, 2003). La triangulation de ces différentes perceptions permet de comparer l'information et de la valider (Kerr, Lunkenheimer, & Olson, 2007). Ainsi, l'évaluateur s'assure d'obtenir une perspective plus éclairée, nuancée et objective de la problématique de l'élève, et ce, dans le but d'optimiser ses hypothèses cliniques et par le fait même les objectifs d'intervention (Hawley & Weisz, 2003).

L'évaluation fonctionnelle du comportement

L'évaluation fonctionnelle du comportement (EFC) est recommandée par plusieurs instances dans le domaine de l'éducation pour l'évaluation des troubles du comportement et semble également faire consensus quant à son efficacité pour identifier les variables susceptibles d'influencer l'apparition et le maintien des difficultés comportementales (O'Neill, Albin, Storey, Homer, & Sprague, 2015). Aux États-Unis, depuis 1997, une loi fédérale (Individuals With Disabilities Education Act) impose l'utilisation d'une procédure d'EFC pour tous les élèves qui présentent des difficultés d'adaptation (Steege & Brown-Chidsey, 2005). Au Canada, l'EFC est recommandée par le ministère de l'Éducation de l'Alberta pour chaque élève qui manifeste des signes de difficulté comportementale importante (Alberta Education, 2009; Langevin & Guéladé, 2010). Au Québec, le MEESR (2015) en fait aussi la recommandation dans son cadre de référence du milieu scolaire des interventions auprès des élèves ayant des difficultés de comportement.

Selon plusieurs auteurs, l'EFC est une procédure systématique pour comprendre la fonction des comportements perturbateurs ainsi que les facteurs qui contribuent à leur apparition et à leur maintien (Steege & Scheib, 2014; Sugai, Lewis-Palmer, & Hagan-Burke, 2000). Concrètement, c'est à partir d'approches comportementalistes que le professionnel identifie et décrit les facteurs susceptibles de déclencher (les antécédents) et de renforcer (les conséquences) les séquences comportementales (Betz, Alison, & Fisher, 2011). D'ailleurs, Gable (1996) souligne que l'EFC a l'avantage de fournir une

hypothèse clinique fidèle sur la séquence comportementale. Celle-ci peut guider et orienter les interventions et favoriser le recours à des stratégies visant le développement d'habiletés au détriment de la punition. De la sorte, on augmente les probabilités d'un changement positif chez l'élève tout en s'assurant que ces changements se maintiennent dans le temps et se généralisent à d'autres contextes.

Pour identifier ces séquences comportementales, différents auteurs indiquent que cette procédure emploie à la fois des méthodes directes et indirectes de collecte de données auprès de plusieurs répondants (O'Neill et al., 2015; Steege & Pratt, 2012; Steege & Scheib, 2014). Généralement, les premières données et informations d'une EFC sont collectées par l'entremise de méthodes indirectes. Elles permettent d'établir les premières centrations d'observation et d'élaborer les premières hypothèses cliniques concernant la fonction des comportements. En EFC, ces premières informations (issues des techniques indirectes de collecte de données) ne suffisent pas à elles seules. En fait, elles peuvent être biaisées voire même erronées (surtout celles provenant d'entrevue) due à l'interprétation que chacun peut faire de la situation d'un élève. Par conséquent, plusieurs auteurs recommandent de corroborer ces premières informations à l'aide de données collectées par observation directe du comportement en milieu naturel (O'Neill et al., 2015; Steege & Watson, 2009; Sugai et al., 2000; Watson & Watson, 2009).

Selon une enquête nationale américaine menée par Scott, Meers et Nelson (2000) sur la pratique de l'EFC en milieu scolaire, 15 % des professionnels font une revue des

dossiers antérieurs de l'élève et 80 % utilisent l'entrevue pour collecter une partie des données nécessaires. De surcroît, cette étude révèle que l'utilisation de questionnaires pour collecter les données utiles à l'EFC est la technique indirecte de collecte d'information la moins fréquemment utilisée. Selon l'étude de Kern, Hilt et Gresham (2004), l'observation directe du comportement reste la principale méthode de collecte de données en EFC. En effet, celle-ci fait partie intégrante des étapes dans la démarche d'EFC proposée par plusieurs auteurs (O'Neill et al., 2015; Steege & Scheib, 2014; Sugai et al., 2000). On note que 87 % des évaluateurs qui mènent des EFC en milieu scolaire affirment que l'observation directe du comportement est essentielle à l'EFC (Scott et al., 2000).

Un bon nombre d'auteurs avancent que l'utilisation de l'EFC est la meilleure façon de faire pour élaborer des interventions destinées au traitement des troubles du comportement en milieu scolaire (Chandler & Dahlquist, 2014; Crone, Hawken, & Horner, 2010; Kampwirth & Power, 2012; Langevin & Guéladé, 2010; Steege & Watson, 2009). D'ailleurs, des études démontrent que l'application de l'EFC a des effets positifs sur la diminution des problèmes de comportement et sur l'amélioration de la réussite scolaire des élèves présentant un trouble du comportement (Gable, 1996; Harrower, Fox, Dunlap, & Kincaid, 2010; March & Horner, 2002; McLaren & Nelson, 2009). Selon Betz *et al.*, (2011), comparativement aux interventions de type « essais et erreurs » ou à celles uniquement basées sur une approche de description diagnostique,

celles basées sur une EFC favoriseraient plus rapidement des changements positifs chez l'élève et s'avèrent plus efficaces à long terme.

Du côté des limites de l'EFC, McDougal, Chafouleas et Waterman (2006) soulignent que cette méthode peut être exigeante en matière de temps, de ressources et d'énergie. D'ailleurs, Gable (1996) rapporte que quelques hypothèses cliniques peuvent être nécessaires avant d'arriver à bien cerner la fonction d'un comportement. Par ailleurs, si l'utilisateur ne prend pas en considération l'histoire de vie ou l'anamnèse de l'élève (antécédents familiaux et médicaux, histoire développementale, événements de vie, etc.), il peut être difficile de cerner les interactions complexes entre ses comportements et ses différents contextes de vie (McDougal et al., 2006). Enfin, l'EFC s'avère plus ou moins efficace pour l'analyse de comportements perturbateurs à faible fréquence d'apparition (les voies de fait ou les agressions physiques graves) ou pour les comportements de nature cachée (vol, le vandalisme ou l'usage de drogue illicite) (Walker, Ramsey, & Gesham, 2004). Malgré ces limites, l'EFC demeure une méthode prometteuse et pratique exemplaire. Il serait cependant important que des études à plus larges échelles et des méta-analyses puissent venir augmenter le niveau de preuve existant pour affirmer la supériorité de cette méthode.

Contexte de la première étude

Comme discuté en introduction, il existe peu de connaissances sur la pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire. Dans le but de bien

connaître la réalité de pratique de ces derniers afin de leur offrir une démarche adaptée, il s'avérait essentiel de mener une étude descriptive en ce sens. Cette étude vise à apporter un éclairage sur les facteurs que les psychoéducateurs considèrent dans leur évaluation ainsi que sur les méthodes employées pour évaluer ces facteurs. Elle permettra de comparer les pratiques contemporaines des psychoéducateurs aux meilleures pratiques qui viennent d'être exposées dans ce premier chapitre de la thèse. Toujours dans l'optique d'offrir une démarche qui tienne compte de la réalité terrain de ces psychoéducateurs, cette étude porte aussi un regard sur les contraintes auxquelles ils peuvent faire face en exercice. Le prochain chapitre présente donc, sous forme d'un article scientifique, cette première étude constituant cette thèse.

Chapitre II : Article 1

Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement faite par les
psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec
(Bégin, J. Y., Massé, L., & Couture, C.)

Cet article est en voie d'être soumis à la *Revue de psychoéducation*

Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement faite par les psychoéducateurs
dans les écoles primaires au Québec

Jean-Yves Bégin, Line Massé et Caroline Couture

Université du Québec à Trois-Rivières

Note des auteurs

Jean-Yves Bégin, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières;
Line Massé, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières;
Caroline Couture, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette recherche a été rendue possible grâce à un financement du Fonds de recherche du Québec-
société et culture (FRQSC).

Les correspondances à propos de cet article doivent être adressées à Jean-Yves Bégin,
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières - Centre universitaire
de Québec; 850, Avenue de Vimy, C.P. 32; Québec, Québec; G1S 0B7; 418-659-2170 poste
2843; Télécopieur : (418) 659-6674; Courriel : jean-yves.begin@uqtr.ca

Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement faite par les psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec.

Résumé

En milieu scolaire, le psychoéducateur est appelé à jouer un rôle clef dans l'évaluation des difficultés d'adaptation vécues par les élèves, notamment sur le plan du comportement. À l'heure actuelle, peu d'informations existent sur ce que font les psychoéducateurs lorsqu'ils mènent une évaluation dans le cadre de leur fonction. Cette étude descriptive vise donc à dresser un portrait de la pratique évaluative des psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec en considérant les différences pouvant exister selon le niveau de formation universitaire et la région d'appartenance des psychoéducateurs. Les résultats obtenus à l'aide d'un devis de recherche mixte qui allie des données qui proviennent de six groupes de discussion (n total de participants = 34), d'entrevues téléphoniques ($n = 21$) et de questionnaires quantitatifs ($N = 159$), indiquent que la pratique évaluative des psychoéducateurs est somme toute homogène en considérant le niveau de formation et la région d'appartenance. De plus, les résultats démontrent que les psychoéducateurs ont une pratique évaluative qui correspond d'assez près aux recommandations de pratiques dans le domaine. Enfin, les résultats mettent en lumière les besoins des psychoéducateurs et les contraintes auxquelles ils font face en exercice, qui peuvent être causés par des enjeux d'identité professionnelle.

Mots-clés : Évaluation, troubles du comportement, psychoéducation, école primaire

Introduction

Relativement jeune sur la scène professionnelle, la psychoéducation fait son entrée dans le monde scolaire au début des années 70 (Renou, 2014). Jusqu'à aujourd'hui, plusieurs facteurs ont contribué à définir la place et le rôle joué par le psychoéducateur dans les écoles. De l'intervention directe auprès des élèves à l'exercice du rôle-conseil auprès des différents acteurs, son action est déterminée par des orientations, des normes et des cadres de référence qui proviennent du Ministère, de la commission scolaire et de l'établissement où il œuvre (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2012). Progressivement, ces déterminants placent le psychoéducateur comme l'un des acteurs clefs de la pratique évaluative des difficultés d'adaptation vécues par les élèves, notamment sur le plan du comportement. Deux activités d'évaluation distinctes peuvent impliquer spécialement les psychoéducateurs dans les écoles québécoises.

Premièrement, les psychoéducateurs font partie des professionnels mandatés pour mener les évaluations d'élèves en difficultés d'adaptation préalables à l'émission de codes administratifs pour la déclaration annuelle des effectifs scolaires au ministère de l'Éducation (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport [MELS]³, 2007). Par élèves en difficulté d'adaptation (EDA), on désigne généralement ceux ayant un trouble du comportement ([TC] code 12)⁴ ou ceux qui présentent un trouble grave de comportement ([TGC] code 14). L'élève qui présente un trouble du comportement est, selon le Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones (CPNCF) (2011) et la Fédération des syndicats de l'enseignement (FSE) (2013),

³ En 2004, l'appellation ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) a été changée à la suite d'un remaniement ministériel pour ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Un autre remaniement ministériel a eu lieu en 2014 et le MELS a été changé pour le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR).

⁴ Le code 12 n'existe plus pour le MEERS. Toutefois, il continue d'être utilisé dans le cadre de la convention collective des enseignants pour compensation financière en cas de dépassement du nombre d'élèves maximum par classe (CPNCF, 2011; FSE, 2013).

celui qui présente un déficit important sur le plan des capacités adaptatives qui se manifestent par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial. D'autre part, l'élève qui présente un trouble grave du comportement est, selon le MELS (2007), celui dont la majeure comportementale est dominée par la présence de comportements agressifs ou destructeurs de nature antisociale se caractérisant de manière simultanée par une intensité et une fréquence très élevée, par leur constance et leur persistance, et ce, malgré des mesures d'aide soutenues offertes à l'élève.

La deuxième activité d'évaluation pour laquelle le psychoéducateur peut être impliqué réfère à celle préalable à l'élaboration d'un plan d'intervention. En effet, la *Loi sur l'instruction publique* (LIP) (art. 96.14) exige que tout élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) ait un plan d'intervention. Pour mettre en place des interventions ou orienter ces élèves dans les meilleurs services pour favoriser leur réussite, il est recommandé que les professionnels œuvrant en milieu scolaire évaluent leurs besoins, et ce, très tôt durant leur période de scolarisation (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2005; Massé, Bégin et Pronovost, 2014; MEESR, 2015; MELS, 2007; MEQ, 2004; Woods-Groves et Hendrickson, 2012). À ce sujet, une loi vient récemment de modifier le Code des professions du Québec en donnant un mandat d'évaluation très spécifique en lien avec les EDA et l'élaboration de plans d'intervention. En effet, en milieu scolaire, la nouvelle Loi 21 vient réserver légalement à certains professionnels, dont le psychoéducateur, l'évaluation d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la LIP (Office des professions du Québec, 2012). Par son évaluation des difficultés et capacités d'adaptation, le psychoéducateur est amené à porter un jugement clinique sur la situation de l'élève à partir d'une collecte de données qui tient compte de plusieurs facteurs

individuels et environnementaux et de leurs interactions. Ainsi, les résultats de son évaluation devraient permettre l'identification des besoins de l'élève en matière de services éducatifs adaptés à intégrer aux plans d'intervention (OPPQ, 2015).

Évaluer les troubles du comportement à l'école primaire

L'intérêt d'évaluer et de prendre en charge les élèves ayant des troubles du comportement dès le primaire découle, selon plusieurs auteurs, d'une logique préventive pour laquelle les interventions précoces sont souhaitables afin de freiner leur aggravation (Déry, Laventure, Toupin, Verlaan et Pauzé, 2007; Goupil, 2014; MEQ, 1999). Caractérisée par différents degrés de complexité et de vulnérabilité, chaque situation est unique et nécessite une attention particulière. Or, selon l'OPPQ (2014), l'action d'évaluer nécessite des compétences et doit être faite avec rigueur sachant que les conclusions de celle-ci peuvent avoir un impact considérable et préjudiciable sur la trajectoire de l'élève. Dans ce contexte, les professionnels devraient avoir recours aux meilleures pratiques pour mener leur évaluation (Hunsley et Mash, 2007; Mash et Hunsley, 2005). Pour ce faire, plusieurs recommandations de pratiques à employer pour mener l'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire sont formulées dans la littérature et plus particulièrement dans le domaine de la psychologie scolaire. Notamment, des recommandations sont émises sur le plan des cadres théoriques, des méthodes de collectes de données ou des instruments de mesure à employer lors d'évaluation. Les lignes suivantes font état de ces recommandations et présentent des données relatives à la pratique des psychologues scolaires considérés comme les pionniers en la matière.

Les perspectives théoriques guidant la pratique évaluative. La formation, les méthodes d'intervention ainsi que l'approche des psychoéducateurs ont été influencées par différentes perspectives théoriques au cours des cinquante dernières années (Renou, 2014). Peu

importe l'orientation théorique privilégiée pour appuyer la démarche d'évaluation, se référer à l'une d'elles est nécessaire pour mieux comprendre l'adaptation humaine (OPPQ, 2014). Dans son guide d'évaluation psychoéducative, l'OPPQ (2014) présente les principales perspectives théoriques sur lesquelles les psychoéducateurs peuvent s'appuyer pour mener leurs évaluations. On y retrouve les théories psychodynamique, développementale, comportementale, cognitivo-comportementale, écosystémique et la psychopathologie développementale. Du côté des psychologues scolaires américains, on note la popularité de certaines perspectives théoriques. En effet, dans une enquête nationale américaine menée auprès de ceux-ci ($N = 648$), Shapiro et Heick (2004) rapportent que 44 % des psychologues interrogés préconisent les théories comportementales ou cognitivo-comportementales. Une grande proportion indique utiliser une approche éclectique (37 %) et seulement une petite proportion emploie les perspectives psychodynamique (6,5 %), développementale (5,9 %) et cognitive (3,5 %).

Les méthodes directes de collecte de données. L'observation directe du comportement est l'une des méthodes de collecte de données les plus utilisées pour évaluer les troubles du comportement des élèves, notamment par les psychologues scolaires (Shapiro et Heick, 2004; Wilson et Reschly, 1996). Qu'elle soit structurée ou non, l'observation est aussi une opération centrale dans la démarche professionnelle d'intervention du psychoéducateur (Gendreau, 2001; Pronovost, Caouette et Bluteau, 2013). Plusieurs auteurs recommandent l'observation directe en classe comme méthode de prédilection pour collecter de l'information sur les comportements problématiques des élèves (Chafouleas, Riley-Tillman et Sugai, 2007; Kelley, 2003; McConaughy et Ritter, 2014). D'ailleurs, Hintze, Volpe et Shapiro (2004) indiquent que les informations recueillies par observation sont particulièrement utiles pour guider la planification et le suivi des interventions. De son côté, Kelley (2003) précise que collecter un échantillon

d'observations du comportement de l'élève dans l'environnement dans lequel il se produit fournit une information fidèle, épargnant ainsi les biais possibles que pourrait présenter la perception rapportée par une tierce personne.

Les méthodes indirectes de collecte de données. L'entrevue est une méthode indirecte de collecte de données qui a longtemps été considérée comme étant la pratique initiale dans une procédure d'évaluation, tant en pratique clinique générale qu'en milieu scolaire (Busse et Beaver, 2000; McConaughy, 2000). Pour évaluer les troubles du comportement, Hunsley et Mash (2007) ainsi que McConaughy et Ritter (2014) recommandent que des entrevues soient conduites auprès des parents (ou leurs substituts), de l'enseignant et de l'élève si son niveau de développement cognitif le permet. Lorsqu'on examine la pratique de l'entrevue des psychologues scolaires américains, celle effectuée auprès de l'élève est la plus souvent pratiquée (69,5 %) suivie de l'entrevue avec l'enseignant (57,1 %) et le parent (55 %) (Shapiro et Heick, 2004). Le format des entrevues peut aller de structuré à semi-structuré ou non structuré. Selon McConaughy et Ritter (2014), l'entrevue semi-structurée semble être le format le plus efficace pour l'ensemble des répondants et plus particulièrement pour l'élève. En effet, l'entrevue structurée peut sembler longue et fastidieuse pour celui-ci et l'entrevue non structurée tend à être subjective, rendant ainsi plus difficile l'interprétation objective des données collectées.

Une autre méthode de collecte de données indirecte consiste en l'utilisation d'échelles d'évaluation. Devant l'entrevue et l'observation, l'utilisation d'échelles d'évaluation auprès des parents et des enseignants est la méthode de collecte de données la plus employée par les psychologues scolaires américains (Shapiro et Heick, 2004). Comme l'indiquent McConaughy et Ritter (2014), les meilleures pratiques en évaluation incluent leur utilisation. Idéalement, selon ces auteurs, les échelles d'évaluation doivent être standardisées, constituées d'échelles de

syndromes qui sont appuyées empiriquement et validées auprès d'un large échantillon normatif qui couvre plusieurs tranches d'âge pour les deux sexes. Plusieurs avantages liés à l'utilisation d'échelles d'évaluation sont relevés par McConaughy et Ritter (2014), Lachar et Gruber (2003), Shapiro et Kratochwill (2000). Entre autres, elles ont l'avantage d'être précises, économiques et efficaces. De plus, l'analyse des résultats permet de situer et de comparer la gravité de la problématique de l'élève par rapport à une population générale. Enfin, les échelles d'évaluation permettent de dépister des troubles sous-jacents et les comorbidités possibles d'un problème plus spécifique.

L'approche multiméthodes et multirépondants. Afin de dresser un portrait global et holistique de la problématique d'un élève, Gresham (2007), McConaughy et Ritter (2014), et Shapiro et Kratochwill (2000) recommandent de combiner plusieurs méthodes (directes et indirectes) de collecte de données. L'étude de Doctoroff et Arnold (2004) démontre qu'en adoptant une approche multiméthodes, et ce, auprès de plusieurs répondants, l'évaluateur augmente la validité prédictive de son évaluation et diminue le risque de faire des erreurs d'interprétation. Les différents rôles des répondants et les contextes dans lesquels ils sont en interaction avec l'élève amènent une multitude de perspectives d'une même situation ce qui entraîne une diversification de l'information (Lachar et Gruber, 2003). La triangulation de ces différentes perceptions permet de comparer l'information et de la valider (De Los Reyes *et al.*, 2015; Kerr, Lunkenheimer et Olson, 2007). Ainsi, l'évaluateur s'assure d'obtenir une perspective plus éclairée, nuancée et objective de la problématique de l'élève dans le but d'optimiser ses hypothèses cliniques et par le fait même, les objectifs d'intervention (Hawley et Weisz, 2003).

L'évaluation fonctionnelle du comportement. L'évaluation fonctionnelle du comportement (EFC) est recommandée par plusieurs instances dans le domaine de l'éducation

pour l'évaluation des troubles du comportement et semble également faire consensus quant à son efficacité pour identifier les variables susceptibles d'influencer l'apparition et le maintien des difficultés comportementales (O'Neill, Albin, Storey, Homer et Sprague, 2015). Aux États-Unis, depuis 1997, une loi fédérale (Individuals With Disabilities Education Act) impose l'utilisation d'une procédure d'EFC pour tous les élèves qui présentent des difficultés d'adaptation (Steege et Brown-Chidsey, 2005). Au Canada, l'EFC est recommandée par le ministère de l'Éducation de l'Alberta pour chaque élève qui manifeste des signes de difficulté comportementale importante (Alberta Education, 2009; Langevin et Guéladé, 2010). Au Québec, le MEESR (2015) en fait aussi la recommandation dans son cadre de référence du milieu scolaire des interventions auprès des élèves ayant des difficultés de comportement.

Selon plusieurs auteurs, l'EFC est une procédure systématique pour comprendre la fonction des comportements perturbateurs ainsi que les facteurs qui contribuent à leur apparition et à leur maintien (Steege et Scheib, 2014; Sugai, Lewis-Palmer et Hagan-Burke, 2000). Concrètement, selon Betz, Alison et Fisher (2011), c'est à partir d'approches comportementalistes que le professionnel identifie et décrit les facteurs susceptibles de déclencher (les antécédents) et de renforcer (les conséquences) les séquences comportementales. Un bon nombre d'auteurs avancent que l'utilisation de l'EFC est la meilleure façon de faire pour élaborer des interventions destinées au traitement des troubles du comportement en milieu scolaire (Chandler et Dahlquist, 2014; Crone, Hawken et Horner, 2010; Kampwirth et Power, 2012; Langevin et Guéladé, 2010; Steege et Watson, 2009). Celle-ci peut guider et orienter les interventions et favoriser le recours à des stratégies visant le développement d'habiletés au détriment de la punition. De la sorte, on augmente les probabilités d'un changement positif chez l'élève tout en s'assurant que ces changements se maintiennent dans le temps et se généralisent à

d'autres contextes. Plusieurs études démontrent que l'application de l'EFC a des effets positifs sur la diminution des problèmes de comportement et sur l'amélioration de la réussite scolaire des élèves présentant un trouble du comportement (Gable, 1996; Harrower, Fox, Dunlap et Kincaid, 2010; March et Horner, 2002; McLaren et Nelson, 2009). Comparativement aux interventions de type « essais et erreurs » ou à celles uniquement basées sur une approche de description diagnostique, celles basées sur une EFC favorisent plus rapidement des changements positifs chez l'élève et s'avèrent plus efficaces à long terme (Betz, Alison et Fisher, 2011).

Pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire québécois

À l'heure actuelle au Québec, à l'exception des guides de référence généraux émis par l'OPPQ (2012, 2014), peu de pratiques standardisées et spécifiques au monde scolaire ont encore été développées et proposées aux psychoéducateurs pour évaluer des élèves présentant des troubles du comportement. Par ailleurs, on note que le niveau de formation universitaire des psychoéducateurs en lien avec l'évaluation peut différer selon l'année à laquelle ils ont été inscrits au tableau des membres de l'OPPQ. En effet, c'est à partir de l'an 2000 que le diplôme de 2^e cycle universitaire en psychoéducation est exigé pour être psychoéducateur. Ceux ayant un diplôme de 1^{er} cycle ont pu bénéficier d'une clause *grand-père* pour adhérer à l'Ordre jusqu'en 2003 (Renou, 2014). En contrepartie, lorsqu'on compare le niveau de formation universitaire des psychologues scolaires, on constate que la maîtrise a toujours été le niveau minimal exigé pour avoir un permis de pratique et que depuis 2007 le doctorat est exigé pour ceux qui ne bénéficient pas d'une clause grand-père. (Ordre des psychologues du Québec, 2007). En psychoéducation, la formation en évaluation diffère entre le 1^{er} et le 2^e cycle, et au fil du temps, les universités ont bonifié leur cursus de formation en lien avec cette pratique. Cette réalité peut apporter des différences dans la façon de concevoir et d'opérer une évaluation.

On a peu d'informations sur ce que font les psychoéducateurs lorsqu'ils mènent une évaluation dans le cadre de leur fonction. À notre connaissance, une seule étude a été faite en ce sens. Commandée par l'OPPQ, cette étude visait à décrire globalement les pratiques des membres en matière de *testage* et d'utilisation d'instruments de mesure lors d'évaluation (Joly, 2006). Menée auprès de psychoéducateurs de tout acabit ($N = 776$), cette étude a permis de mettre en lumière les instruments de mesure utilisés, la formation reçue pour leur utilisation, les critères de sélection des instruments et leur contexte d'utilisation. Pour ce qui est des psychoéducateurs en milieu scolaire, les résultats de cette étude indiquent que 80 % d'entre eux utilisent en moyenne 5,4 instruments de mesure dans leur pratique. Cependant, les résultats de cette étude ne permettent pas d'identifier les instruments de mesure qui sont utilisés par les psychoéducateurs qui œuvrent dans les écoles primaires ni les méthodes d'évaluation employées, les variables évaluées ou les contraintes auxquelles ils peuvent faire face en exercice.

Considérant le peu de connaissances sur la pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire et que celle-ci prend une place prépondérante dans leur pratique professionnelle en raison des déterminants ministériels et légaux, la conduite d'une étude visant à dresser un portrait de cette pratique et des besoins est souhaitable. D'une part, les résultats permettront de juger l'écart possible entre les pratiques actuelles et celles recommandées et ainsi contribuer à enrichir les programmes de formation. D'autre part, les résultats permettront l'élaboration des solutions aux problèmes et besoins qui pourraient être identifiés.

Objectifs

Cette étude vise l'atteinte de trois objectifs. Dans un premier temps, décrire la perception qu'ont les psychoéducateurs à l'égard de l'action professionnelle qu'est l'évaluation. Deuxièmement, faire état des facteurs considérés lors des évaluations des élèves présentant un

TC ou TGC ainsi que des méthodes et des instruments utilisés par les évaluateurs. Finalement, examiner les besoins en terme de formation, ainsi que les facteurs facilitants et contraignants des milieux pouvant influencer la pratique évaluative des psychoéducateurs. L'étude porte aussi une attention particulière aux différentes pratiques en fonction de certaines caractéristiques des psychoéducateurs, dont le niveau de formation initiale (baccalauréat ou maîtrise) ainsi que leur région d'appartenance (rural ou urbaine).

Méthodologie

Cette étude emploie un devis mixte combinant des méthodes de collecte de données qualitatives et quantitatives. Elle comporte deux phases. Entièrement qualitative, la première phase de l'étude s'est déroulée au printemps 2012. Des groupes de discussion ont été animés sur la thématique de l'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire. Les psychoéducateurs qui ne pouvaient pas se joindre aux groupes de discussion pour des raisons d'éloignement géographique ou de conflit d'horaire étaient invités à participer à une entrevue téléphonique sur la même thématique. En tout, six groupes de discussion ont été menés pour sept commissions scolaires des régions de Montréal, Québec, Estrie (2), Lanaudière (2) et du Bas St-Laurent. En moyenne, les groupes de discussion étaient composés de quatre à huit psychoéducateurs qui, pour la plupart, se connaissaient. La durée moyenne des groupes de discussion a été de 110 minutes. Enfin, 21 entrevues téléphoniques ont été menées dont la durée moyenne a été de 40 minutes.

La deuxième phase de l'étude s'est déroulée à l'hiver 2013 et poursuivait l'atteinte de deux objectifs. D'une part, valider le contenu qui a émergé des entretiens qualitatifs et d'autre part, décrire la pratique évaluative des psychoéducateurs à l'aide de données quantitatives auprès

d'un plus grand échantillon. Cette collecte de données s'est faite par l'entremise d'un questionnaire. Quarante minutes en moyenne ont été nécessaires pour remplir le questionnaire.

Participants

Lors de la première phase, 72 psychoéducateurs ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude. Finalement, 47 femmes et huit hommes ($N = 55$), tous membres actifs de l'OPPQ en tant que psychoéducateurs en milieu scolaire primaire, ont participé à un groupe de discussion ($n = 34$) ou à une entrevue téléphonique ($n = 21$) (taux de participation = 76 %). Le manque de temps, l'éloignement géographique et les conflits d'horaire ont été les principales raisons des désistements. L'âge moyen des participants est de 37,02 ans ($ÉT = 7,61$) et leur nombre moyen d'années d'expérience en milieu scolaire est de 8,16 ans ($ÉT = 5,81$). Dans l'ensemble, 41 % des participants ont complété une formation de deuxième cycle en psychoéducation et 40 % des participants proviennent des grands centres urbains du Québec (Québec et Montréal).

Lors de la deuxième phase, les 506 psychoéducateurs membres actifs de l'OPPQ pratiquant en milieu scolaire primaire ont été sollicités pour participer à l'étude. De ce nombre, 142 femmes et 17 hommes ($N = 159$) ont rempli un questionnaire en ligne (taux de participation = 31 %). L'âge moyen des participants est de 39,09 ($ÉT = 8,68$) avec un nombre moyen d'années d'expérience en milieu scolaire de 9,58 ($ÉT = 6,92$). On note que 41 % des participants ont complété une formation universitaire de deuxième cycle en psychoéducation. Provenant des quatre coins du Québec, 45 % des participants proviennent de régions rurales et l'autre partie des participants pratique dans les grands centres urbains tels que Québec (31 %) et Montréal (24 %).

Procédures

Le recrutement des psychoéducateurs pour participer aux groupes de discussion ou aux entrevues téléphoniques de la première phase de l'étude s'est fait par l'entremise d'une invitation

parue dans le bulletin électronique de l'OPPQ. Les groupes de discussion ont été préparés et animés par le chercheur principal à partir de la procédure proposée par Krueger et Casey (2009). Avant de débiter, l'animateur prenait un temps pour présenter l'objet de l'étude et faire signer le formulaire de consentement en prenant soin d'indiquer aux participants que les discussions seraient enregistrées afin de dresser un compte rendu fidèle de ce qui est dit et que l'entièreté du processus était anonyme et confidentielle. De la même façon, une présentation des objectifs de l'étude était faite en début d'entrevue téléphonique, tout en spécifiant l'enregistrement de celle-ci, l'anonymat et la confidentialité de la démarche. Un consentement verbal à participer à l'étude était donné par les participants en début d'entrevue et les formulaires de consentement ont été envoyés et retournés dûment signés par voie postale.

Trois stratégies de recrutement ont été mises de l'avant pour inviter les psychoéducateurs à remplir le questionnaire de la deuxième phase de l'étude. En premier lieu, une publicité a été envoyée à tous les psychoéducateurs par l'entremise du bulletin électronique de l'OPPQ. Ensuite, un courriel de sollicitation a été envoyé à tous les psychoéducateurs œuvrant en milieu scolaire primaire à l'aide d'une banque de courriels fournie par l'OPPQ. Enfin, un courriel de sollicitation personnalisé a été envoyé aux personnes ayant participé à la première phase de l'étude. Les participants ont rempli le questionnaire par l'entremise d'un site internet sécurisé de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Le processus étant anonyme et confidentiel, chaque psychoéducateur s'est vu attribuer un code d'utilisateur ainsi qu'un mot de passe personnel et devait signer un formulaire de consentement électronique pour participer à l'étude.

Cette recherche a fait l'objet d'une certification éthique délivrée par le comité d'éthique de la recherche de l'UQTR et par certaines commissions scolaires dotées d'une telle instance.

Instruments de mesure

Les groupes de discussion et les entrevues téléphoniques. Pour les groupes de discussion et les entrevues téléphoniques, un canevas d'entretien abordant quatre thématiques de discussion a été élaboré par l'équipe de recherche. La première thématique était axée sur la pratique évaluative en général. Les psychoéducateurs ont été interrogés sur leur conception et les finalités de leurs actions évaluatives. La deuxième thématique était centrée sur la pratique évaluative du psychoéducateur, en particulier les cadres théoriques qui guident leur pratique, les techniques, les outils d'évaluation employés et les contraintes auxquelles ils font face. La troisième thématique portait sur les formations reçues en lien avec l'évaluation et sur les besoins à ce sujet. Enfin, la dernière thématique comportait une seule question visant à faire une synthèse des discussions. Concrètement, les psychoéducateurs devaient discuter de ce qui constituait selon eux une pratique évaluative idéale.

Questionnaire sur les pratiques en évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire primaire. Le questionnaire portant sur les pratiques évaluatives en regard des élèves présentant des troubles du comportement a été élaboré à partir de celui utilisé dans le cadre de l'étude de Joly (2006), d'éléments dérivés du canevas d'entretien qualitatif et du contenu analysé des entretiens de la première phase de l'étude. Le questionnaire comporte 167 questions réparties en six sections : 1) informations sociodémographiques; 2) conception de la pratique évaluative en milieu scolaire; 3) centrations d'évaluation; 4) méthodes de collecte de données; 5) cadres théoriques et 6) facteurs facilitants et contraintes des milieux. Le questionnaire a fait l'objet d'un prétest auprès de cinq psychoéducateurs scolaires afin de vérifier la clarté des questions et le bon fonctionnement sur la plateforme informatique. Des corrections mineures et des ajustements ont été apportés à l'issue de ce prétest.

Analyses

Le nombre d'entrevues téléphoniques ajouté au nombre de groupes de discussion a été suffisant pour l'atteinte de la saturation empirique des données. Les verbatim des groupes de discussion et des entrevues téléphoniques ont été transcrits intégralement par une auxiliaire de recherche de 1^{er} cycle universitaire en psychoéducation. L'ensemble des données qualitatives a été traité à l'aide du logiciel *NVivo 10* (QSR International, 2012). L'arborescence de codification a été construite à partir d'un système de catégorisation mixte (déductif et inductif) (Miles et Huberman, 2003). Certaines catégories ont été établies en fonction des objectifs de recherche et à partir des thèmes abordés dans le canevas d'entretien. Ensuite, la grille de codification a été complétée à l'aide de l'émergence de nouvelles thématiques qui ont découlé de la lecture de verbatim, d'une entrevue téléphonique et d'un groupe de discussion. Deux corpus distincts ont été analysés. Un pour les groupes de discussion et l'autre pour les entrevues téléphoniques. Une analyse de contenu thématique a été menée transversalement pour chaque corpus (Deslauriers, 1991). Les propos des participants ont été analysés et découpés selon les unités de signification préétablies de la grille de codification et des liens ont été faits entre ces unités en leur attribuant des codes représentatifs de l'importance conceptuelle qui leur est propre. Cette analyse a permis de faire ressortir les points de convergence et de divergence sur le plan discursif entre les différents participants.

Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel *IBM SPSS Statistics 22* (IBM Corporation, 2014). Des statistiques descriptives ont été menées pour l'ensemble des variables relatives à la pratique évaluative des psychoéducateurs. Enfin, des analyses du chi-carré ont été conduites afin de vérifier des liens entre ces variables relatives à leur pratique évaluative et deux variables sociodémographiques soient la région d'appartenance ou le niveau de scolarité des

psychoéducateurs. Ces données quantitatives sont utilisées afin d'appuyer et d'étayer les résultats qualitatifs présentés dans la prochaine section.

Résultats

Le discours des participants dans les groupes de discussion et celui dans les entrevues téléphoniques étaient très similaires. Donc, pour chacune des thématiques, une synthèse de leur perception est d'abord présentée toutes méthodes de collecte de données qualitatives confondues. Les citations qui représentent le mieux la perception des participants ont été sélectionnées pour illustrer ces synthèses d'informations. Pour chacune d'elles, des codes sont utilisés pour identifier les participants (F = Femme; H = Homme; B = Baccalauréat; M = Maîtrise; U = Urbaine; R = Rurale). Là où elles sont pertinentes, les données quantitatives sont présentées en appui.

Conception de l'action évaluative à l'école primaire

Une grande majorité des psychoéducateurs identifient deux formes d'évaluation pratiquées dans les écoles primaires au Québec. La première est plus ou moins structurée, spontanée, plus subjective, voire informelle, et elle est faite sur le champ en contexte d'intervention. Cette forme d'évaluation repose principalement sur des faits d'observation et sert à mettre en place des interventions ponctuelles pour des difficultés mineures de gestion comportementale. La plupart des psychoéducateurs ont rapporté que ce type d'évaluation était mené pour identifier les besoins de l'élève et orienter des plans d'aide ou des plans d'intervention. On nomme aussi que ce type d'évaluation est le point de départ d'une démarche progressive qui peut aboutir à une démarche plus globalisante et exhaustive. Selon les psychoéducateurs, cette première étape permet d'établir les balises et les centrations des étapes

subséquentes d'une évaluation lorsque les problèmes se maintiennent dans le temps malgré les solutions tentées.

Je vois ça comme une démarche. Je n'y vais pas papier crayon. J'y vais avec mes observations de la fréquence, durée, intensité [...] l'évaluation vient un petit peu plus tard. Je rencontre l'élève, je mets des interventions en place. J'y vais plus avec ce qui ressort de mes observations. (FBR)

En premier, on est plus en collecte d'informations, je n'appellerais pas ça de l'évaluation. On va aller observer, on va y aller tranquillement en gradation, on va aller faire quelques recommandations, on va prendre de l'info ou des nouvelles afin de voir s'il y a eu un impact. Ça met la table pour aller plus loin si ça continue. (HMU)

La deuxième forme d'évaluation nommée par les psychoéducateurs nécessite davantage d'investigation, de ressources et de temps. Généralement, elle est pratiquée pour des élèves qui présentent des problèmes de comportement plus intenses et surtout persistants. Ce deuxième type d'évaluation, plus structuré et formel, arrive lorsque le psychoéducateur a besoin d'approfondir la situation de l'élève de manière à mieux comprendre les causes de la problématique. C'est à ce moment que les psychoéducateurs vont combiner plusieurs méthodes de collecte de donnée, dont l'utilisation d'instruments de mesure auprès de quelques répondants pour en arriver à la rédaction d'un rapport. Les psychoéducateurs ont mentionné que ce type d'évaluation était mené fréquemment en fin d'année scolaire pour des fins administratives, pour orienter les services subséquents lorsque l'élève doit changer d'école, pour l'attribution des codes ministériels de difficulté en lien avec les troubles d'adaptation ou au nom d'une demande médicale.

L'autre partie de l'évaluation c'est lorsqu'on arrive plus dans un genre de cul-de-sac. Où on a essayé des choses, mais qu'on a encore une incompréhension de l'enfant [...] où là on va rentrer dans une démarche plus formelle. Il y a plein de choses qu'on va aller documenter dans le but de mieux comprendre. C'est souvent là qu'on va aller utiliser des outils comme l'Achenbach ou quand il y a des traits TDAH on va aller voir au niveau du Connors. (FMU)

Un autre thème qui est ressorti du discours de certains psychoéducateurs est l'aspect continu de leur pratique d'évaluation. Ils s'entendent sur le fait que l'évaluation fait partie d'un tout qui s'imbrique à l'ensemble de leurs opérations professionnelles. « Même lorsque j'anime une activité en classe d'habiletés sociales, je suis en évaluation » (FBU). Dans la pratique, ils se perçoivent continuellement en situation d'évaluation ou en collecte de données. C'est le contexte de vécu éducatif partagé avec les différents intervenants ou l'élève qui est la raison de cette évaluation continue. « On évalue continuellement dans le vivre avec » (FMU). Chaque situation du vécu quotidien de l'élève en interaction avec son environnement devient une source d'informations privilégiées à intégrer à l'analyse. Sans ce contact privilégié du quotidien, ces psychoéducateurs perçoivent difficilement la réalisation d'une bonne analyse.

Il y a tellement de choses qui se passent dans une journée que l'enfant peut vivre, que le parent peut vivre, que l'enseignant peut vivre qui peut avoir des impacts qu'il ne faut pas négliger dans le temps. C'est en étant dans le quotidien, dans le vécu partagé qu'on peut observer mieux et essayer des choses. Et, ça va nous donner du matériel pour bien faire notre évaluation. (HBR)

Sur le plan quantitatif, il a été demandé aux psychoéducateurs d'indiquer, parmi cinq choix de réponse, leur conception de la démarche d'évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire primaire. Les statistiques descriptives démontrent que 47 % des répondants conçoivent l'évaluation comme « une démarche structurée nécessitant l'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données, dont les questionnaires, auprès de plusieurs répondants afin de dresser un bilan global de l'élève », 22 % la conçoivent comme « une démarche spontanée basée sur des faits d'observation, afin de mettre en place des stratégies d'intervention », 17 % la conçoivent comme « une démarche qui arrive à la suite d'un processus d'intervention lorsque celui-ci n'a pas porté ses fruits », 12 % la conçoivent comme « une démarche de dépistage des élèves en troubles du comportement afin de mettre en place des programmes d'intervention

préventifs » et 2 % indiquent que « la démarche d'évaluation est un processus long et fastidieux dont les retombées sont plus ou moins utiles à l'intervention ». Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre la conception des psychoéducateurs et leur niveau de scolarité ou leur région d'appartenance.

Pratiques évaluatives des psychoéducateurs

Centrations d'évaluation. Les psychoéducateurs s'entendent pour centrer leur évaluation sur des facteurs en lien avec les caractéristiques de l'élève, et de son environnement scolaire et familial.

Caractéristiques de l'élève. Dans leur processus d'évaluation, plusieurs psychoéducateurs mentionnent s'intéresser aux facteurs associés à la santé physique et la santé mentale de l'élève. « Il voit-tu bien? Il entend-tu bien? Il dort et manges-tu bien? » (HBU). « On va aller voir au niveau de l'anxiété, de la dépression, il y a toujours une comorbidité ou quelque chose du genre d'associé au trouble du comportement » (FBU). Lorsque que les psychoéducateurs abordent le thème de la santé mentale de l'élève, une grande partie ont indiqué être sollicités pour évaluer la présence ou non d'un trouble du déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). « Le TDAH c'est la majeure de mes demandes. Moi, c'est 75 % de mes mandats en lien avec les enseignants » (FMU). Une autre centration d'évaluation qui semble faire l'unanimité est la conduite relationnelle que l'élève entretient avec ses pairs et les adultes. On parle d'évaluer les habiletés sociales de l'élève, la façon dont il entre en contact avec ses pairs ou avec les adultes en autorité, comment il gère les conflits et sa colère. « Moi, je regarde beaucoup les habiletés sociales. L'autocontrôle, comment ils réagissent à l'autorité. La relation avec les pairs en travail d'équipe ou dans la cour d'école. La capacité de respecter un minimum de règles » (FBU). D'autres psychoéducateurs ont mentionné tenir compte des variables relatives aux habiletés

scolaires et d'apprentissage soit les capacités ou les retards en lecture, en écriture, en calcul, sur le plan du langage et de la motivation scolaire. « C'est quoi ses attitudes d'apprenant, comment il s'organise, s'applique, comment il est en classe face à la tâche? Est-ce que c'est parce qu'il sait pas lire qu'il ne veut pas faire le travail? » (FBR). Un thème qui a émergé du discours de quelques psychoéducateurs est l'importance de s'attarder à la perception qu'a l'élève de sa situation. Pour certains, ce moment d'attention envers l'élève permet de relever ses forces qui pourront être mises à profit lors de la mise en place d'interventions. « Il faut s'intéresser à l'élève, comment il se voit dans tout ça, comment il peut se relever de tout ça? » (HMR).

Les résultats de la collecte de données quantitatives démontrent que 95 % des psychoéducateurs jugent très utile de tenir compte des caractéristiques de l'élève dans leur évaluation pour avoir une bonne compréhension clinique de sa problématique. Sur le plan de la faisabilité, 61 % des psychoéducateurs jugent que tenir compte de caractéristiques de l'élève dans leur pratique évaluative est faisable dans tous les cas. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre l'utilité ou la faisabilité de considérer les caractéristiques de l'élève dans une évaluation et le niveau de scolarité ou la région d'appartenance des psychoéducateurs. Le Tableau 3 présente les caractéristiques de l'élève auxquelles les psychoéducateurs accordent une attention plus particulière lorsqu'ils mènent une évaluation. En somme, plus de la moitié des facteurs individuels sont souvent considérés par les psychoéducateurs (> 90 %) à l'exception de l'apparence physique (17,8 %). Les facteurs comme la santé physique (61 %), les habiletés langagières (74 %), l'humeur dépressive (76 %) et les habiletés intellectuelles (76,7 %) sont considérés dans une moindre mesure. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre les facteurs relatifs aux

caractéristiques de l'élève considérés lors d'évaluations et le niveau de scolarité ou la région d'appartenance des psychoéducateurs.

Tableau 3

Caractéristiques de l'élève et de l'environnement scolaire souvent évaluées par les psychoéducateurs (N = 159)

Caractéristiques de l'élève	%	Caractéristiques de l'environnement scolaire	%
Habilités sociales	100	Relation maître-élève	93,6
Impulsivité	99,3	Attitude de l'enseignant face à l'élève cible	91,4
Histoire scolaire	98,6	Gestion de classe	90,8
Relation avec les adultes	97,9	Collaboration école-maison	90,7
Opposition	97,9	Directives et consignes de l'enseignant	87,2
Attention	97,9	Différenciation/adaptation de l'enseignement	83
Régulation émotions/colère	97,9	Aménagement de la classe	73,8
Hyperactivité	97,3	Techniques d'enseignement	72,3
Motivation scolaire	96,6	Stratégies pédagogiques	57,4
Agressivité	96,6	Stress de l'enseignant	51,4
Anxiété	93,2	Sentiment d'auto-efficacité de l'enseignant	40
Estime de soi	93,2		
Perception de sa situation	83,6		
Statut social au sein du groupe	83,6		
Habilités cognitives	82,9		
Habilités intellectuelles	76,7		
Humeur dépressive	76		
Habilités langagières	74		
Santé physique	61		
Apparence physique	17,8		

Note : Le niveau d'intérêt pour les différents facteurs se distribue sur une échelle de fréquence en trois points : 1 = rarement ou jamais, 2 = parfois et 3 = souvent.

Caractéristiques de l'environnement scolaire. Quelques thématiques en lien avec la gestion de classe reviennent dans le discours des psychoéducateurs. En premier lieu, les psychoéducateurs s'accordent à dire qu'il est important de considérer l'aménagement de la classe. « Il y a des classes où l'enseignante va changer quasiment aux deux semaines les places. Ils vont vouloir mettre ça en rond, en équipe. Ils veulent que ce soit dynamique, mais il y a de la stimulation partout » (FBU). Ensuite, plusieurs psychoéducateurs ont rapporté s'intéresser à la façon dont les enseignants encadrent le groupe classe, à la façon dont les systèmes d'émulation

ou les règles sont établis et appliquées. « Tout l'aspect structure, encadrement, les règles, tout ça. L'équilibre aussi, entre la fermeté et la chaleur avec les élèves » (FMR). Dans une moindre mesure, des psychoéducateurs ont mentionné s'attarder à ces notions d'encadrement à un pallier supérieur soit sur plan des politiques de l'école. À ce niveau, on s'attarde à la façon dont les directions d'école peuvent orienter l'encadrement des élèves à l'extérieur de la classe.

Il y a aussi à l'extérieur de la classe. Les cours de récréation, c'est un milieu de socialisation, bien c'est un milieu de conflits pas à peu près [...] t'as d'autres écoles, on entend jamais rien parler et la différence c'est le cadre qu'ils mettent. (FMU)

D'un autre côté, le discours de certains psychoéducateurs se distingue par le fait qu'ils mentionnent tenir compte des techniques pédagogiques de l'enseignant. En effet, certains psychoéducateurs vont évaluer la dynamique de l'enseignant en exposé magistral, la fluidité des activités proposées en classe, le rythme des enseignements et les techniques de différenciation des tâches. « Ça m'arrive de m'asseoir avec l'enseignant pour checker avec lui comment il s'y prend pour passer la matière pour mon coco » (FMU).

Une grande proportion de psychoéducateurs s'accorde pour mentionner que la relation maître-élève est un élément clef à considérer. En effet, on rapporte tenir compte de la qualité de cette relation, de l'attitude de l'enseignant face à l'élève cible, de son acceptation, de sa capacité à tenir compte de ses besoins et la façon qu'il entre en contact avec celui-ci. « Au primaire, être capable de prendre soin avant de prendre soin de l'académique. Prendre soin du jeune que t'as en avant de toi et l'académique va suivre » (HMR). En lien avec l'établissement de cette relation entre l'élève et l'enseignant, certains psychoéducateurs ont indiqué porter une attention aux attentes de l'enseignant envers l'élève. L'écart entre le potentiel de l'élève et les attentes souvent irréalistes de l'enseignant peut être une source de conflit minant ainsi la relation. « Ses attentes

versus les besoins de son élève, souvent, ça marche pas. Quand ton prof s'attend à ce que ton élève soit tranquille et que le besoin de l'élève c'est de bouger, souvent ça part mal » (FBR).

Un élément saillant qui a émergé du discours des psychoéducateurs est l'aspect de la collaboration entre la famille et l'école. Un bon nombre de psychoéducateurs évaluent la façon dont les parents s'investissent dans la vie scolaire de leur enfant. Principalement, on va s'attarder aux attentes des parents envers leur enfant, à la disponibilité ou l'assiduité des parents aux rendez-vous, à la façon que les parents communiquent avec l'école et à la façon dont les devoirs sont faits à la maison. « C'est la collaboration avec l'école. La présence aux rencontres. Est-ce qu'ils signent l'agenda? Est-ce qu'ils payent les affaires? » (HBR). Selon les dires des psychoéducateurs, cet aspect de collaboration peut révéler des indices qui concernent la dynamique familiale et ainsi en tenir compte afin d'orienter des interventions en ce sens. « Moi, quand je me rends compte que la collaboration avec la famille est pauvre, alors même avant d'arriver à un constat, on peut amener des pistes d'intervention et cibler les besoins et essayer de travailler à ce niveau-là » (FBR).

Sur le plan quantitatif, on relève que 87,5 % des psychoéducateurs jugent très utile de tenir compte des caractéristiques de l'environnement scolaire de l'élève dans leur évaluation pour avoir une bonne compréhension clinique de sa problématique. Sur le plan de la faisabilité, 54,9 % des psychoéducateurs jugent que tenir compte de l'environnement scolaire dans leur pratique évaluative est faisable dans tous les cas. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre l'utilité ou la faisabilité de considérer les caractéristiques de l'environnement scolaire dans une évaluation et le niveau de scolarité ou la région d'appartenance psychoéducateurs. Le Tableau 3 présente les caractéristiques de l'environnement scolaire de l'élève auxquelles les psychoéducateurs accordent une attention particulière lorsqu'ils

mènent une évaluation. On observe que la relation maître-élève (93,6 %), l'attitude de l'enseignant face à l'élève cible (91,4 %), la gestion de classe de l'enseignant (90,8 %) ainsi que la collaboration école-maison (90,7 %) sont les facteurs de l'environnement scolaire les plus souvent considérés. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre les facteurs relatifs à l'environnement scolaire de l'élève considérés lors d'évaluations et le niveau de scolarité ou la région d'appartenance des psychoéducateurs.

Caractéristiques de l'environnement familial. Un constat émerge du discours des psychoéducateurs quant à la prise en compte des variables familiales. Un bon nombre de psychoéducateurs se sentent limités dans leur démarche quant à l'étendue que celle-ci peut prendre sur ce plan. En effet, on mentionne qu'il s'avère souvent difficile de procéder de la sorte en raison d'une tâche qui peut outrepasser leur mandat.

On a davantage à travailler encore plus avec les parents. Je trouve que souvent on intervient beaucoup auprès du jeune, mais, câline que le parent a quelque chose à voir là-dedans. En scolaire, on a moins de pouvoir d'intervenir ou d'évaluer ça, mais, une chance qu'on a le CLSC. (FMU)

Cependant, on constate une homogénéité dans les propos rapportés quant au désir de tenir compte le plus possible des facteurs familiaux dans leurs analyses. Les variables familiales restent, selon les psychoéducateurs, une source inestimable d'informations qui peuvent expliquer la genèse d'un trouble du comportement.

Au primaire, je trouve important de documenter ça parce que souvent ça explique des comportements qu'on va observer à l'école et qui vont découler de la dynamique familiale ou des pratiques des parents ou de l'historique de la famille [...] puis dans mon esprit, les troubles de comportement ne se développent pas tout seuls, le jeune ne naît pas nécessairement avec un chromosome TC. (HMU)

Lorsqu'on s'attarde à ce que les psychoéducateurs prennent en considération au plan familial lors d'évaluation, quatre thématiques ressortent. Premièrement, les psychoéducateurs

s'accordent pour tenir compte de la situation socioéconomique de la famille. On s'attarde aux conditions de vie des familles, à la situation des parents sur le marché du travail, au niveau d'éducation, et aux facteurs de stress qui peuvent résulter d'une pauvreté persistante. « On vérifie la disponibilité des parents qui des fois est affectée par de la défavorisation, de la monoparentalité, ça peut être un déménagement aussi » (FBR). Deuxièmement, une grande partie des psychoéducateurs traitent dans leurs propos d'éléments du fonctionnement familial. À ce sujet, les psychoéducateurs mentionnent des facteurs comme les pratiques éducatives des parents, « Il y a certainement les méthodes éducatives des parents, l'encadrement, la supervision, la cohérence entre le père et la mère » (FBU) et l'engagement relationnel entre les membres de la famille, la structure ou la composition de la famille. « Les relations entre les membres de la famille, s'ils sont toujours en guerre. Aussi, la relation entre les parents et l'enfant au niveau de l'attachement » (FMU). « Les rôles dans la famille. Des fois, est-ce que l'enfant se voit au même niveau que le parent? » (FBU). Pour certains psychoéducateurs, une importance est accordée aux différences culturelles lorsqu'il est question du fonctionnement de la famille. Les réalités culturelles confrontent ces derniers à considérer ces différences afin de nuancer leurs analyses. « Dans certaines cultures, la tape sur les fesses peut-être plus courantes, tu sais dealer avec ça c'est pas toujours évident » (FBU). Troisièmement, le thème des attentes est ressorti dans le discours de quelques psychoéducateurs. Comme rapportée dans les discussions qui portaient sur les attentes des enseignants, une attention est aussi portée à celles exprimées par les parents envers leur enfant ou envers l'école. « Bien connaître les attentes du parent envers son enfant. Parce que nos attentes à nous ne sont pas toujours les attentes des parents » (HBU). « Le système de valeurs des parents en lien avec l'éducation. Il y en a qui disent : mon fils, je ne veux pas en faire un médecin, juste qu'il passe. Il a aussi ce genre d'attentes là » (FMR). Quatrièmement, certains

psychoéducateurs ont mentionné s'intéresser à des caractéristiques personnelles des parents relatives à leur histoire de vie, à leur santé mentale ou physique. « C'est toujours intéressant de voir les antécédents du parent au niveau de la santé mentale » (FMU). « Je dirais l'histoire scolaire aussi. Ça peut indiquer des éléments sur la relation qu'ils entretiennent avec l'école » (FBU).

Quantitativement, les statistiques descriptives indiquent que 86,4 % des psychoéducateurs jugent très utile de tenir compte des caractéristiques de l'environnement familial de l'élève dans leur évaluation pour avoir une bonne compréhension clinique de sa problématique. Sur le plan de la faisabilité, 15 % des psychoéducateurs jugent que tenir compte de l'environnement familial dans leur pratique évaluative est faisable dans tous les cas. La majorité (57,1 %) considère que c'est faisable dans certains cas. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre l'utilité ou la faisabilité de considérer les caractéristiques de l'environnement familial dans une évaluation et la région d'appartenance. Quant au niveau de scolarité, aucun lien statistiquement significatif n'est observé avec l'utilité de considérer les facteurs de l'environnement familial, mais un lien significatif est observé avec la faisabilité de les considérer, $\chi^2(2, N = 159) = 7,13, p = 0,03$. En proportion, les psychoéducateurs titulaires d'une maîtrise (80,7 %) jugent plus faisable de considérer les facteurs familiaux dans une évaluation que les psychoéducateurs bacheliers (66,3 %). Le Tableau 4 présente les caractéristiques de l'environnement familial de l'élève auxquelles les psychoéducateurs accordent une attention particulière lorsqu'ils mènent une évaluation. Le type de famille (85,3 %), l'encadrement des devoirs et des leçons (74,5 %), la sensibilité des parents aux besoins (73,7 %) de l'enfant ainsi que la mobilité géographique de la famille (déménagements) (72,8 %) sont les variables familiales les plus souvent considérées.

Plusieurs liens statistiquement significatifs sont observés entre les facteurs de l'environnement familial considérés lors d'évaluation et la région d'appartenance. Plus particulièrement, la mobilité géographique de la famille, $X^2(2, N = 159) = 9,60, p = 0,008$, la santé mentale des parents, $X^2(2, N = 159) = 9,34, p = 0,009$, la cohésion dans la famille, $X^2(2, N = 159) = 7,71, p = 0,02$, les rôles et statut dans la famille, $X^2(2, N = 159) = 6,72, p = 0,03$, les conditions de travail des parents, $X^2(2, N = 159) = 6,57, p = 0,04$, la scolarité des parents, $X^2(2, N = 159) = 6,05, p = 0,04$, et la cohérence des pratiques éducatives des parents, $X^2(2, N = 159) = 6,02, p = 0,04$. Pour l'ensemble de ces centrations familiales d'évaluation, on remarque qu'elles sont davantage considérées par les psychoéducateurs œuvrant en région rurale. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre le niveau de scolarité et les différents facteurs de l'environnement familial qui peuvent être considérées dans une évaluation.

Tableau 4

Caractéristiques de l'environnement familial souvent évaluées par les psychoéducateurs (N = 159)

Caractéristiques familiales	Souvent évaluées			$X^2(dl = 2)$
	Total %	Rurale %	Urbaine %	
Type de famille (nucléaire, monoparentale)	85,3	86,2	84,6	4,43
Encadrement des devoirs et leçon	74,5	76,3	73,1	3,99
Sensibilité des parents aux besoins de l'enfant	73,7	83,1	66,7	5,01
Mobilité géographique de la famille	72,8	81	66,7	9,61**
Coercition dans les pratiques éducatives	69,3	72,9	66,7	0,63
Constance des pratiques éducatives	68,6	76,3	62,8	5,28
Conflits conjugaux	65,7	69,5	62,8	1,05
Cohérence des pratiques éducatives	65	74,6	57,7	6,02*
Différences culturelles	64,2	64,4	64,1	0,87
Santé mentale des parents	62	76,3	51,3	9,34**
Histoire de vie de la famille	61	58,6	62,8	0,46
Hostilité des parents envers l'enfant	60	69,5	52,6	4,98
Soutien mutuel entre les parents	56,9	61	53,8	2,21
Qualité de la relation dans la fratrie	56,2	62,7	51,3	3,65
Style d'autorité (autocratique, laxiste, etc.)	55,5	64,4	48,7	3,43
Conduites antisociales des parents	54,7	61	50	1,66
Cohésion dans la famille	54	66,1	44,9	7,71*
Qualité de la relation parent-enfant	52,6	59,3	47,4	2,16
Statut socioéconomique	48,2	55,9	42,3	5,57
Santé physique des parents	35,8	42,4	30,8	2,39

Tableau 4

*Caractéristiques de l'environnement familial souvent évaluées par les psychoéducateurs (N = 159)
(suite)*

Caractéristiques familiales	Souvent évaluées			χ^2 (dl = 2)
	Total %	Rurale %	Urbaine %	
Type de crise familiale	35,3	43,1	29,5	2,78
Conditions de travail des parents	34,6	46,6	25,6	6,57*
Rôle et statut dans la famille	33,1	44,8	24,4	6,72*
Scolarité des parents	30,7	37,3	25,6	6,05*
Frontières intergénérationnelles	21,3	25,9	17,9	1,25

Note : Le niveau d'intérêt pour les différents facteurs se distribue sur une échelle de fréquences en trois points : 1 = rarement ou jamais, 2 = parfois et 3 = souvent.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Méthodes de collecte de données. Le discours des psychoéducateurs est unanime quant au fait de combiner systématiquement, lors d'évaluation, plusieurs méthodes de collecte de données qui peuvent être utilisées dans différents contextes et auprès d'une multitude de répondants.

L'observation. L'ensemble des psychoéducateurs s'entend sur le fait que l'observation est leur principale méthode de collecte de données. C'est l'observation participante pratiquée dans plusieurs contextes qui ressort majoritairement dans leur discours. « Oui, moi l'observation dans différents contextes. Spécialiste, sortie de classe, service de garde, récré. Je vais même dans les préscolaires » (FMU). Certains mentionnent que tous les contextes se prêtent à faire de l'observation participante. « Même en entrevue je fais de l'observation ou quand je fais la passation d'un test, c'est sûr et certain que ce que j'observe du jeune pendant, va faire partie de mon rapport » (FMR). Des participants rapportent aussi faire de l'observation non participante. « Je m'assois dans le coin de la classe et je fais comme si j'étais pas là » (FBR). Quelque cas de figure ont rapporté faire de l'observation clandestine. « J'en fais moi, en miroir. Caché derrière un miroir avec le parent pour les amener à prendre conscience. Il y a ça dans certaines classes. Sinon, je le fais au gymnase dans le bureau du prof, la lumière éteinte » (FMU). Une petite partie du discours porte aussi sur d'autres méthodes plus structurées d'observation. D'une part, on parle

d'observation systématique planifiée à l'aide de centrations de comportements spécifiques à observer et qui est pratiquée avec des intervalles de temps. Ces psychoéducateurs pratiquent cette observation systématique à partir d'un accord interjuge. « On fait de l'observation systématique et à chaque année on fait un accord interjuge. Ça fait partie de notre méthode de collecte de données et du protocole » (FBU).

Entrevues. Le discours des psychoéducateurs à l'égard de cette méthode de collecte de données était moins détaillé et fourni. En fait, l'entrevue n'était pas abordée spontanément par les psychoéducateurs lors des discussions sur les méthodes de collecte de données, comme si cette méthode allait de soi. Les discussions sur cette méthode de collecte de données étaient plutôt lancées et alimentées par l'animateur. Principalement, les psychoéducateurs mentionnent faire des rencontres formelles et informelles. Les rencontres formelles visent à recueillir la perception qu'ont les différents acteurs de la problématique de l'élève. « Oui, des entretiens avec différents intervenants, avec les parents et l'enfant. Les rencontres avec l'enfant, les jeux que tu fais avec l'enfant sont particulièrement intéressants » (FBR). Les différents acteurs interviewés sont principalement les enseignants, les enseignants spécialistes, les professionnels de soutien, les parents et l'élève cible. Certains mentionnent, par ailleurs, que tous les acteurs qui gravitent autour de l'élève cible sont susceptibles d'être interviewés. « Les partenaires externes, le médecin, le centre jeunesse. Les intervenantes sur l'heure du midi, le service de garde, le concierge, le chauffeur d'autobus » (HBR). Toujours dans l'optique d'obtenir la perception des gens, certains ont mentionné faire aussi des entretiens informels. « Des fois, ça t'en dit long aussi, une rencontre informelle sur le bord de la clôture ou dans hall d'entrée de l'école où j'accroche le parent qui vient porter son enfant qui est en retard » (FBU).

Instruments de mesure. Le discours des psychoéducateurs à l'égard des instruments de mesure est polarisé sur deux points de vue. Premièrement, la grande majorité des psychoéducateurs reconnaissent l'utilité et la pertinence d'employer des instruments de mesure normés et standardisés dans leur pratique. D'ailleurs, leur utilisation auprès de plusieurs répondants est complémentaire à leur travail de fond effectué en observation et par entrevue. Ils vont se servir des instruments de mesure pour situer l'élève par rapport à une norme, pour valider ou corroborer des hypothèses cliniques et pour objectiver la perception de tous les répondants.

L'outil standardisé, c'est pour s'assurer que ce qu'on veut évaluer, c'est bien ce qu'on évalue ou observe [...] et aller chercher la perception des autres aussi [...] est-ce qu'on connaît tous la même affaire? Pour savoir si c'est un symptôme qui est généralisé versus en réaction à une personne. (FBU)

D'un autre côté, quelques psychoéducateurs perçoivent que l'utilisation d'instruments de mesure peut-être futile en lien avec leur pratique. Certains croient que les résultats collectés à partir d'instruments de mesure n'apportent pas vraiment d'éclairage à leur analyse et que cela peut s'avérer fastidieux d'en utiliser considérant le peu d'information que cela leur apporte. D'autres rapportent qu'ils utilisent des instruments de mesure uniquement parce que cette procédure leur est imposée par la commission scolaire dans le cadre de certaines exigences et qu'autrement ils ne les utiliseraient probablement pas.

J'apprends pas grand-chose de plus avec ça. Les outils ça m'apporte très peu comparé à tout le vécu sur le plancher, les rencontres avec les parents, les entrevues. Moi c'est un peu l'arrière-goût que j'ai des outils lorsqu'il faut que j'évalue pour une cote, c'est comme une surcharge de travail parce que ça m'apporte pas tant, donc c'est un peu une insatisfaction. (FBU)

Autres méthodes de collecte de données. Les autres méthodes de collecte de données que les psychoéducateurs rapportent sont employées pour documenter principalement des éléments relatifs à ce qui se passe à l'école avec l'élève et à ce qui se passe dans sa famille. À l'école, les

psychoéducateurs s'attardent à consulter les dossiers antérieurs de l'élève (dossiers d'aide particulière, dossiers professionnels), les journaux de communication, les feuilles de route, les bulletins scolaires ou les plans d'intervention. L'information contenue dans ces archives leur donne du matériel afin de documenter les interventions déjà tentées et elle leur permet d'orienter les démarches subséquentes d'évaluation. « Je consulte les dossiers d'aide, les feuilles de route, les communications entre le prof et les parents et ça donnent de l'info sur l'intensité, la fréquence des comportements et ça m'indique un peu par où commencer pour la suite » (FMU). Quelques psychoéducateurs emploient des jeux thématiques de repérage, les dessins et l'analyse de bricolage afin de documenter certaines caractéristiques de l'élève telles que l'attention ou la motricité fine. Enfin, pour examiner les habiletés sociales ou les interactions de l'élève, certains psychoéducateurs utilisent des sociogrammes de classe ou des jeux de rôle.

Pour examiner l'environnement familial de l'élève, les psychoéducateurs mentionnent faire principalement des rencontres d'anamnèse en entrevue individuelle ou téléphonique avec les parents. D'autres vont construire le génogramme de la famille avec les parents de manière à porter un éclairage sur les dynamiques familiales. « Moi, j'ai de la misère aussi à faire une évaluation si je n'ai pas mon génogramme pour savoir qui est dans cette famille-là ou les types de relation » (FBU). Dans une moindre mesure, des psychoéducateurs vont se rendre à domicile pour colliger de l'information. « Moi, dans quelques dossiers, je me suis permis d'aller à la maison. Quand tu vois l'environnement, ça parle un peu de la famille, des interventions qui sont faites » (FBR).

Données quantitatives relatives aux méthodes de collecte de données. Le Tableau 5 présente les statistiques descriptives relatives aux méthodes de collecte de données pratiquées par les psychoéducateurs et celles concernant les répondants interrogés lors d'évaluation (par

entrevue et instrument de mesure). Il est à noter que les questions sur l'utilité et la faisabilité des pratiques n'ont été posées que pour les principales méthodes de collecte de données, ce qui explique les données manquantes. Les méthodes de collecte de données les plus souvent employées sont la consultation des dossiers antérieurs (96,3 %), l'entrevue individuelle (85,2 %), les instruments de mesure standardisés (77 %) et l'observation participante (72,6 %). Dans une démarche d'évaluation, les psychoéducateurs jugent l'entrevue individuelle (85,6 %) comme étant la méthode de collecte de données la plus utile. L'instrument de mesure standardisé (56,8 %) est la méthode de collecte de données la plus facile à réaliser. L'enseignant tuteur de l'élève cible (95,6 %), les autres professionnels au dossier (93,3 %), les parents (91,8 %) et l'élève cible (86,6 %) sont les répondants les plus souvent interrogés lors d'une collecte de données. Les psychoéducateurs jugent très utile d'interroger les parents (94,9 %), l'enseignant tuteur de l'élève cible (94,9 %) ainsi que l'élève cible (88,4 %). L'enseignant de l'élève cible (86,2 %) reste le répondant le plus facile à considérer dans la démarche d'évaluation. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre l'emploi de certaines méthodes de collecte de données, les différents répondants interrogés par les psychoéducateurs et leur niveau de scolarité ou leur région d'appartenance. Même constat pour ce qui est de l'utilité ou la faisabilité des méthodes de collecte de données et l'accessibilité des répondants. Les instruments de mesure normés et standardisés (échelles d'évaluation) les plus souvent utilisés sont le Conner's (92 %), le Système d'évaluation empirique Achenbach (82,5 %), le Dominique interactif (81,8 %), l'Échelle d'évaluation des dimensions du comportement (73 %), et le Profil socio-affectif (62 %). En moyenne les psychoéducateurs peuvent utiliser 7,26 instruments de mesure ($\bar{ET} = 4,49$) dans leur pratique évaluative. Pour ce qui est de l'EFC, 31 % la pratiquent souvent, 25 % la pratiquent parfois et 44 % la pratiquent rarement ou jamais.

Tableau 5

Méthodes de collecte de données employées par les psychoéducateurs (N = 159)

Méthodes/répondants	Souvent	Très utile	Faisable dans tous les cas
	%	%	%
Consultation des dossiers antérieurs	96,3	-	-
Anamnèse	71,2	-	-
Analyse de dessins	8,9	-	-
Entrevue individuelle	85,2	85,6	52,5
Entrevue téléphonique	54,1	-	-
Entrevue de groupe	17	-	-
Entrevue dirigée	40	-	-
Entrevue semi-dirigée	48,1	-	-
Entrevue non-dirigée	33,3	-	-
Instruments de mesure normés et standardisés	77	72,7	56,8
Questionnaire maison	24,4	-	-
Évaluation fonctionnelle du comportement	31	-	-
Observation systématique	65,2	59,7	41,7
Observation clandestine	20,7	-	-
Observation participante	72,6	84,2	53,2
Collecte auprès des parents	91,8	94,9	31,2
Collecte auprès de l'élève cible	86,6	88,4	65,9
Collecte auprès de la famille élargie	3	-	-
Collecte auprès d'enseignants spécialistes	79,1	-	-
Collecte auprès des pairs de l'élève cible	9,7	-	-
Collecte auprès d'intervenants du service de garde	59,7	-	-
Collecte auprès de l'enseignant tuteur de l'élève cible	95,6	94,9	86,2
Collecte auprès des autres professionnels	93,3	-	-
Collecte auprès du personnel du soutien	55,2	-	-

Note : La fréquence d'utilisation des différentes méthodes se distribue sur une échelle en trois points : 1 = rarement ou jamais, 2 = parfois et 3 = souvent. La perception de l'utilité des différentes méthodes se distribue sur une échelle en cinq points : 1 = inutile et 5 = très utile. La perception de la faisabilité de la méthode se distribue sur une échelle en cinq points : 1 = pratiquement pas faisable et 5 = faisable dans tous les cas.

Cadres théoriques. Plusieurs psychoéducateurs ont rapporté se baser sur plus d'un cadre théorique pour analyser la situation d'un élève et que l'emploi des cadres théoriques est propre à chacun. « On a toute notre couleur, ça dépend beaucoup de nos convictions, je dirais que c'est éclectique, on n'est pas très rigide » (FBU). Néanmoins, les cadres théoriques qui ont davantage émergé du discours des psychoéducateurs relèvent de la systémique, de l'écosystémique, du behaviorisme et du cognitivo-comportemental. D'autres, dans une infime proportion, ont mentionné avoir une lunette psychodynamique, développementale ou psychodéveloppementale.

Selon les résultats des questionnaires, 71,7 % des psychoéducateurs emploient une approche cognitivo-comportementale, 67,3 % une approche systémique, 44 % une approche psychodéveloppementale, 42,1 % une approche behavioriste et 27 % une approche bio-psychosociale. En moyenne, la pratique évaluative des psychoéducateurs s'appuie sur 3,39 ($ÉT = 1,24$) approches théoriques. Les analyses du chi-carré n'indiquent aucun lien statistiquement significatif entre les différentes approches théoriques et le niveau de scolarité ou la région d'appartenance des psychoéducateurs.

Contraintes dans la pratique évaluative des psychoéducateurs. Spontanément, tous les psychoéducateurs mentionnent être confrontés à des contraintes de temps ou de surcharge de travail sur le terrain limitant leurs activités d'évaluation. Selon leurs dires, ces contraintes de temps relèvent souvent d'indications qui peuvent provenir de l'employeur, dont l'imposition de courts délais de réalisation. « Moi je trouve qu'on vit une certaine pression avec les contraintes de dates lorsqu'on a des références ou des cotes à évaluer » (FBU). D'autres peuvent limiter le temps pour faire des évaluations. « On a essayé d'avoir un temps pour faire ça tout en répondant aux urgences. Ça finit qu'il faut que tu fasses ça le soir parce que tu ne peux pas faire ça le jour » (FMU). Enfin, pour certains, l'employeur peut attribuer un grand nombre de cas d'élèves à évaluer. « C'est arrivé dans le passé d'engager des psychoed seulement pour faire des éval. Parachuté dans le milieu, on lui dit : Jérémy, Kevin, Thomas. Évalue-moi ces élèves-là. Des fois c'est juste trop » (HMU).

Une grande partie des psychoéducateurs soulèvent dans leur propos d'autres contraintes qui concernent les enseignants, les familles ou la logistique pour bien effectuer leur évaluation.

Enseignant. Un certain nombre de psychoéducateurs rapportent avoir parfois des difficultés à collaborer avec les enseignants lors de leur démarche. Selon ces derniers, la

résistance des enseignants marquée par une attitude de fermeture s'explique par deux raisons. Premièrement, il arrive que l'enseignant se déresponsabilise et ne reconnaisse pas qu'il puisse faire partie des sources du problème en projetant systématiquement la faute sur l'élève ou sa famille. « Mais souvent, c'est qu'on pellette le problème chez l'autre parce que c'est le problème de l'enfant. Moi, comme enseignante, je sais tout, je connais tout, je suis Dieu. Il y en a comme ça là » (HBU). Deuxièmement, on nomme que l'attitude de fermeture de l'enseignant peut être causée par une peur d'être jugé lors de l'évaluation. « Il y a des profs qui ferment les portes. Viens pas évaluer mon élève parce que tu me checkes en même temps » (FMU). La peur du jugement ainsi que la déresponsabilisation de certains enseignants constituent des défis pour les psychoéducateurs qui se reflètent dans une participation limitée de ces derniers dans la démarche d'évaluation. Dans un autre ordre d'idées, des psychoéducateurs parlent du surinvestissement de plusieurs enseignants comme une contrainte. En fait, le surinvestissement de l'enseignant proviendrait d'un désir important d'expulser un élève de leur classe. Biaisées par des motivations d'exclusion ou pour favoriser une prise de médication, les données collectées auprès de ces enseignants tendent à invalider leur démarche d'évaluation et augmenter leur charge de travail.

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. Donc, on a souvent des données un peu 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. (FMU)

Famille. L'attitude de fermeture de certaines familles face aux interventions de l'école revient aussi comme une contrainte dans les propos des psychoéducateurs. Leur peur d'être jugées, leur épuisement face aux demandes de l'école ou la faible collaboration des familles viennent miner leur démarche évaluative. « Ils veulent pas se faire dire quoi faire. Les

autorisations pour les échanges d'informations sont pas signées. Les questionnaires qui reviennent pas. Ça retarde le processus » (FBU). D'autres psychoéducateurs abordent aussi le thème de la déresponsabilisation lorsqu'il est question des parents. Ils mentionnent que les parents peuvent partir d'un constat où ils ne rencontrent pas de difficultés à la maison ce qui les amènerait à se persuader que les problèmes de leur enfant sont exclusifs à l'école. Dans ce contexte, les psychoéducateurs rapportent que les parents s'attendent donc à ce que l'école règle le problème sans nécessairement avoir à s'impliquer dans le processus. « Il y a des parents des fois, qu'on a l'impression qu'ils se déresponsabilisent. Ils mettent beaucoup de responsabilités sur l'école. C'est à vous autres à le faire. Comme s'ils le rentraient au garage » (HBR).

Logistique. Pour une partie des psychoéducateurs, les contraintes de cet ordre relèvent de l'utilisation des instruments de mesure. Certains mentionnent rencontrer des difficultés à s'en procurer faute de connaissances ou de disponibilité en français « J'aimerais en connaître plus, à l'université, on ne nous en pas vraiment montrés ou quand je regarde pour un problème spécifique c'est pas traduit » (FBR). D'autres rapportent des contraintes budgétaires pour se procurer ou utiliser les instruments de mesure « On ne peut pas faire passer à outrance certains outils parce qu'ils coutent cher. Je pense au Dominique, j'aimerais l'utiliser plus souvent. Il faut que tu y penses avant d'utiliser un test » (FMU). Enfin, on parle d'un manque de formation disponible ou accessible pour utiliser les instruments de mesure « On voudrait bien en utiliser, mais il faut la formation et ça coute cher » (FBU).

Besoins des psychoéducateurs en lien avec l'évaluation. Les thématiques relevées lors des discussions relatives aux besoins des psychoéducateurs traitent de l'identité professionnelle, de formation continue, de supervision clinique et d'avoir un guide de travail en évaluation.

Identité professionnelle. Plusieurs psychoéducateurs s'entendent sur le besoin de clarifier et de faire reconnaître davantage leur mandat d'évaluation en milieu scolaire. Malgré une présence active des psychoéducateurs en milieu scolaire depuis plus d'une quarantaine d'années, on estime que pour certaines directions d'école le rôle en évaluation n'est pas encore assez bien défini. « Je pense que tout l'aspect identitaire est à développer. Les directions se questionnent pas trop sur le rôle du psy mais, sur notre rôle et sur ce que mon évaluation peut apporter de différent » (FBU). Par ailleurs, des psychoéducateurs rapportent que des directions peuvent avoir une définition impropre de la profession en général. Elles peuvent considérer le rôle du psychoéducateur au même titre que celui du technicien en éducation spécialisée et ne voient pas l'action évaluative comme une tâche qui peut leur être attribuée. « Sur papier, il y a une démarcation avec le TES, mais dans réalité, je passe mon temps à éteindre les feux, pas le temps de faire d'évaluation et quand je suis devant mon ordi ils pensent qu'on ne travaille pas » (FBU).

Formation initiale et continue en évaluation. Les psychoéducateurs relèvent quatre besoins en lien avec la formation continue. En premier, certains psychoéducateurs mentionnent avoir besoin d'une formation générale sur l'évaluation. Avec les années de pratique, ces psychoéducateurs se sentent loin de leur formation initiale en psychoéducation et désirent être à jour sur ce qui se fait maintenant comme pratique. « Une formation en évaluation, c'est vraiment un élément que j'aurais besoin d'approfondir. J'ai pas beaucoup touché à ça au fil de mes vingt ans de pratique, c'est pas un élément que j'ai beaucoup investi » (HBR). D'autres mentionnent ne pas avoir eu de cours sur l'évaluation durant leur formation initiale d'où leur intérêt de se former davantage en la matière. « Moi, c'est parce que jadis, ça existait pas tout le côté des tests psychométriques. Moi, c'est tout ça, je me souviens pas d'avoir eu de cours là-dessus » (FBR).

Deuxièmement, on rapporte avoir besoin de formation sur plusieurs instruments de mesure. En fait, les psychoéducateurs aimeraient utiliser davantage d'instruments de mesure qui touchent des problématiques spécifiques. « J'utilise beaucoup le CBCL, mais j'aimerais beaucoup avoir une formation sur le Beck. Être capable d'amener des éléments de complémentarité avec ce qui ressort d'un outil plus général » (FMU). En lien avec le besoin de formation sur les instruments de mesure, plusieurs psychoéducateurs ont exprimé que les formations devraient mettre plus d'emphasis sur l'interprétation des résultats. On estime que les formations reçues sont excellentes pour la passation et la compilation des résultats, mais pour ce qui est de l'analyse et de l'interprétation, ils ne considèrent pas être suffisamment outillés. « Il y a toute la passation c'est une chose, on devient toutes bonnes pour ça, mais, quand on a des formations, on a très peu d'affaires sur l'interprétation et intégrer ça avec les observations dans le rapport » (FBU).

Troisièmement, quelques psychoéducateurs mentionnent avoir besoin de formation continue sur les troubles de comportement en général et particulièrement sur les problématiques de santé mentale. Certains psychoéducateurs mentionnent se sentir dépassés par l'abondance de connaissances scientifiques sur les différents troubles, leur comorbidité et leurs causes possibles. Selon ces derniers, des formations théoriques sur différentes thématiques en lien avec les troubles du comportement pourraient grandement les aider à mieux les évaluer et à intervenir par la suite. « Avoir de la théorie sur la santé mentale c'est plus présent et à la mode ces temps-ci. On a besoin de plus de théorie là-dessus pour aller chercher un éventail plus grand au niveau des clientèles qu'on peut desservir » (HBU). Enfin, de nombreux psychoéducateurs pensent ne pas être suffisamment outillés sur la pédagogie et les techniques d'enseignement. Des formations en ce sens amélioreraient leur approche auprès des enseignants et les aideraient à mieux cerner les

dynamiques relatives à l'environnement scolaire pouvant être en lien avec les troubles du comportement. « Moi, je trouve que sans faire un bac en enseignement, de la formation sur la gestion de classe, et les techniques pour les enseignants, ça nous manque un peu. On n'a pas été formé là-dessus à l'université » (FMU).

Quantitativement, sur le plan de la formation, 25 % des psychoéducateurs de l'échantillon n'ont jamais reçu de formation en lien avec l'évaluation dans leur cursus universitaire en psychoéducation, 24 % n'ont jamais reçu de formation continue en lien avec l'évaluation et 83 % estiment qu'une formation additionnelle et spécifique sur l'évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire primaire leur serait nécessaire. Les analyses du chi-carré indiquent que les psychoéducateurs détenant une maîtrise sont davantage formés en évaluation que les bacheliers, $\chi^2(4, N = 159) = 24,49, p = 0,001$. Près de 63 % des psychoéducateurs avec une maîtrise ont reçu au moins un cours complet gradué en lien avec l'évaluation durant leur formation universitaire comparativement à 25 % pour les bacheliers. Aucun lien statistiquement significatif n'est observé entre le niveau de scolarité et le fait d'avoir reçu de la formation continue en lien avec l'évaluation ou le besoin de recevoir une formation additionnelle sur l'évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire. En ce qui a trait à la région d'appartenance, les analyses indiquent que les psychoéducateurs qui pratiquent en région urbaine (85 %) ont davantage reçu de la formation continue en lien avec l'évaluation que ceux qui pratiquent en région rurale (67 %), $\chi^2(3, N = 159) = 8,70, p = 0,03$. Aucun lien statistiquement significatif n'est observé entre la région d'appartenance et le nombre de cours reçus en lien avec l'évaluation durant la formation initiale universitaire ou le besoin de recevoir une formation additionnelle sur l'évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire.

Supervision clinique. Plusieurs psychoéducateurs ressentent le besoin d'être accompagnés ou supervisés dans leur pratique clinique. Dans certaines commissions scolaires, des équipes de psychoéducateurs se rencontrent quelques fois dans une année scolaire pour offrir du mentorat, un lieu d'échange et d'appartenance. Selon ces derniers, ces dispositions ne sont pas suffisantes considérant le nombre très limité de rencontres. « C'est quoi, on se voit 3 ou 4 fois par année toute l'équipe. Ce n'est pas assez pour faire aboutir ou mettre les choses en place » (FBR). Dans d'autres commissions scolaires, ce genre d'infrastructure n'est pas offert. Cette absence de réseautage confine certains psychoéducateurs à l'isolement, les empêchant ainsi d'avoir des échanges cliniques qu'ils estiment essentiels au perfectionnement de leur pratique.

Nous, on le fait de façon informelle, mais, je réalise que ça pourrait être quelque chose qui serait aidant. Avoir accès à un autre professionnel ou à un collègue qui peut nous aider. Juste avoir une discussion clinique ou un retour sur cet enfant-là pour nous aider à voir est-ce qu'on a oublié quelque chose. (FMU)

Guide de travail en évaluation. Les psychoéducateurs ont été nombreux à mentionner qu'ils ont besoin de clarifier, uniformiser et d'être guidés dans leur façon de faire de l'évaluation. Certains se sentent désemparés par l'absence d'une procédure claire et précise adaptée à la réalité de leur milieu d'intervention pour effectuer leur évaluation. « On a le guide de l'Ordre, des outils à la commission scolaire, mais des fois ça colle pas, c'est trop général » (FBR). D'autres rapportent faire de leur mieux avec ce qui est recommandé d'effectuer par leur commission scolaire sans pour autant se sentir à l'aise et encadré. « Des fois, je me demande par où commencer, ça peut être tellement vaste. Il y a tellement de choses à considérer, de théories, de façons » (FMU). Les psychoéducateurs mentionnent à cet effet que malgré les structures mises en place par la commission scolaire, chacun peut faire ce qu'il veut, ce qui peut altérer la qualité du travail.

Il y en a qui ont besoin de plus de guides que ça, qui sont peut-être pas autant expérimentés. Ça laisse la porte ouverte à faire n'importe quoi et à la dégradation de la qualité de la profession, si on n'a pas assez de guides là-dessus, ça fait des évaluations toutes croches. (HMU)

Discussion

Cette étude visait l'atteinte de trois objectifs soit 1) de décrire la perception qu'ont les psychoéducateurs de l'évaluation en milieu scolaire; 2) de dresser un portrait de leur pratique évaluative et 3) de relever les besoins, les contraintes ainsi que les facteurs facilitants l'évaluation des élèves TC. L'étude a aussi tenté d'explorer les différences possibles dans la pratique des psychoéducateurs en fonction de leur niveau de scolarité et de leur région d'appartenance.

Concernant la perception des psychoéducateurs de leur pratique évaluative, les résultats indiquent que ces derniers pratiquent deux types d'évaluation en fonction de l'intensité et de la complexité des difficultés d'adaptation de l'élève. La première, basée principalement sur des données d'observation directe et participante, se pratique sur le champ en contexte d'intervention. Les psychoéducateurs mentionnent qu'ils se perçoivent être en évaluation continuellement et que toutes les occasions sont pour eux une opportunité de collecte de données. Ce type d'évaluation caractérise spécialement les psychoéducateurs, considérant la grande place que le concept de vécu éducatif partagé prend dans les fondements et les traditions de la profession (Gendreau, 2001). En fait, le savoir-faire des psychoéducateurs repose sur une chaîne d'opérations (observation, évaluation pré-intervention, planification, organisation, animation, utilisation, évaluation post-situationnelle et communication) qui est propre à leur exercice professionnel, soit la méthode d'intervention psychoéducative (Arsenault, Bégin, Bluteau et Pronovost, 2012). Parmi ces huit opérations, deux font référence à l'action d'évaluer, cette dernière étant la pierre angulaire d'une actualisation efficiente du processus opérationnel d'intervention psychoéducative. Selon Gendreau (2001), l'évaluation pré-intervention constitue une première

analyse des faits observés. Il s'agit d'une évaluation sur le champ, préalable à une intervention ponctuelle. L'évaluation pré-intervention suit l'opération observation et permet de classer les informations observées de manière à éclairer et à orienter la suite de l'action psychoéducative. L'évaluation pré-intervention nécessite donc une vivacité d'esprit, car elle est pratiquée la plupart du temps dans l'action avec le bénéficiaire. Ce type d'évaluation tire ses origines de ce qui était autrefois pratiqué au quotidien dans les centres de réadaptation. Encore d'actualité aujourd'hui, ce type d'évaluation sur le champ, dont le principal outil de collecte d'informations est l'observation, est préalable et nécessaire à une évaluation beaucoup plus exhaustive et complète en termes de ressources et d'investigation.

Cette dernière est d'ailleurs le deuxième type d'évaluation que les psychoéducateurs nomment dans cette étude et inclut, entre autres, des méthodes de collecte de données indirectes et normatives lorsque les difficultés de l'élève persistent dans le temps ou lorsqu'ils sont dans l'absence de résultats satisfaisants à la suite d'interventions mises en place. Ce deuxième type d'évaluation évoqué par les psychoéducateurs est probablement la résultante de facteurs qui ont fait évoluer la pratique en ce sens. Dans l'optique d'évaluer de manière exhaustive un bénéficiaire en tenant compte de ce que la science met de l'avant comme connaissance de nos jours, la seule synthèse de faits d'observation ne peut être suffisante (Yergeau et Paquette, 2007). Avec le temps, on a assisté à l'évolution et à l'élargissement de la pratique évaluative, entre autres, causés par le développement de la pratique hors des centres de réadaptation et l'élévation de la formation universitaire du psychoéducateur à des études de deuxième cycle. En fin de compte, les objectifs de l'évaluation restent les mêmes, soit de faire le bilan de la qualité de l'adaptation d'un bénéficiaire à l'intérieur de son environnement de vie, mais les moyens et les techniques utilisés pour mener cette évaluation se sont multipliés et perfectionnés.

Les deux types d'évaluation évoqués par les psychoéducateurs suivent une démarche progressive relative à l'intensité des difficultés d'adaptation qu'un élève peut présenter. D'ailleurs, cette progression dans le déploiement des stratégies d'évaluation correspond à la conception d'auteurs et d'instances gouvernementales par rapport aux difficultés d'adaptation comportementale. En effet, Massé, Desbiens et Lanaris (2014) ainsi que le MEESR (2015) distinguent les difficultés d'adaptation d'ordre comportementale en fonction de deux catégories d'élèves soit ceux qui présentent des difficultés comportementales ou ceux qui présentent des troubles du comportement. Les difficultés comportementales sont souvent temporaires et se définissent par des manifestations réactionnelles liées à un contexte donné pour lesquelles de simples interventions ponctuelles sur l'environnement peuvent suffire pour régler la situation. Quant aux troubles du comportement qui peuvent englober les anciens codes 12 et 14, ils se différencient des difficultés par leur plus grande intensité, leur persistance, leur impact plus important sur l'entourage et par la possibilité qu'ils soient liés à une problématique de santé mentale. Donc, le premier type d'évaluation que les psychoéducateurs mentionnent serait mené pour les élèves en difficulté comportementale et le deuxième type d'évaluation serait déployé pour les élèves en troubles du comportement qui comprennent les élèves dont l'effectif est déclaré au Ministère pour l'organisation de leurs services (ancien code 12 et code 14) (MELS, 2007). Ces deux types d'évaluation progressive suivent aussi la logique du modèle de réponse à l'intervention (RAI) (Batsche *et al.*, 2006). En effet, ils sont en lien avec le deuxième et troisième paliers du modèle à trois paliers gradués de RAI. Dans ce modèle, le deuxième palier prévoit des interventions pour des élèves à risque de difficulté comportementale et le troisième palier comprend des interventions individualisées et intensives pour des élèves présentant des troubles importants de comportement.

Le deuxième objectif de l'étude visait à décrire la pratique évaluative des psychoéducateurs en portant une attention aux différences qui pourraient exister en fonction du niveau de scolarité ou de la région d'appartenance des psychoéducateurs. À ce sujet, quelques différences ressortent, mais somme toute, la pratique évaluative est assez homogène lorsqu'on considère ces facteurs sociodémographiques d'influence. Plus en détail, les résultats indiquent que les psychoéducateurs ont une pratique évaluative qui se rapproche des recommandations émanant de la littérature sur le sujet, et ce, indépendamment du niveau de scolarité ou de la région d'appartenance. En effet, les psychoéducateurs s'entendent sur le fait de combiner, dans leur pratique, plusieurs méthodes de collecte de données (directes et indirectes), et ce, auprès de plusieurs répondants (tout répondant gravitant autour de l'élève) tel que recommandé par les auteurs dans le domaine (Gresham, 2007; McConaughy et Ritter, 2014; Shapiro et Kratochwill, 2000). Quant aux méthodes employées et aux répondants interrogés par les psychoéducateurs pour collecter des données, les résultats divergent de ceux de l'étude de Shapiro et Heick (2004) menée auprès de psychologues scolaires. Contrairement aux psychologues scolaires, l'utilisation d'instrument de mesure n'est pas la méthode de prédilection pour collecter des données chez les psychoéducateurs. Chez ces derniers, les instruments de mesure arrivent troisièmes lorsqu'on considère la fréquence de leur utilisation ou la perception qu'ils ont de leur utilité. Ces différences sont probablement en lien avec les pratiques traditionnelles des deux disciplines. D'un autre côté, les psychoéducateurs accordent sensiblement la même importance que les psychologues scolaires à l'entrevue. Cependant, les psychoéducateurs interviewent davantage les adultes (parents et enseignants) qui gravitent autour de l'élève alors que les psychologues scolaires interrogent d'emblée l'élève. Cette différence doit être nuancée par le fait que l'objet d'évaluation n'est pas tout à fait le même pour les psychoéducateurs et pour les psychologues

scolaires. Le mandat de ces derniers est associé à l'évaluation psychologique qui implique souvent une évaluation cognitive ou intellectuelle nécessitant un contact direct avec l'élève (OPQ, 2007; Shapiro et Heick, 2004). Par ailleurs, à l'école primaire, le choix d'interroger l'élève dépend beaucoup de son âge chronologique. C'est donc possiblement pour des raisons d'âge et de maturation cognitive que les élèves du primaire ne sont pas d'emblée interrogés par les psychoéducateurs. Il reste qu'en regard des résultats de l'étude de Shapiro et Heick (2004) et ceux de la présente étude, les psychologues scolaires ainsi que les psychoéducateurs jugent que l'enseignant et l'élève sont les répondants les plus accessibles pour l'entrevue.

Un des résultats intéressants de l'étude indique que les psychoéducateurs utilisent plus souvent les instruments de mesure que l'observation participante pour collecter de l'information dans leur pratique. De surcroît, les psychoéducateurs jugent l'entrevue comme étant la méthode de collecte de données la plus utile. Ces résultats quantitatifs semblent diverger de ce qui ressortait des propos des psychoéducateurs lors des entretiens qualitatifs. En effet, les psychoéducateurs interrogés accordaient une place inconditionnelle à l'observation alors que certains avaient des propos mitigés quant à l'utilisation d'instrument de mesure et un discours peu riche lors des discussions sur l'entrevue. Ces divergences témoignent possiblement d'un changement qui s'opère dans le rôle des psychoéducateurs en lien avec l'évaluation. Deux facteurs peuvent possiblement expliquer ces changements. En premier lieu, la pénurie de psychologues dans les écoles amène de plus en plus de psychoéducateurs à combler ces postes de professionnels et à réaliser des tâches qui auparavant étaient assurées par les psychologues (Renou, 2014). D'autre part, les exigences du MELS (2007) pour la déclaration des effectifs et le nouveau contexte législatif font appel à l'utilisation d'instruments de mesure normés et standardisés. On note à ce sujet que les psychoéducateurs de l'étude utilisent en moyenne sept

instruments de mesure différents dans leur pratique, ce qui représente deux instruments de plus que ce qui a été relevé dans l'étude de Joly (2006) chez les psychoéducateurs scolaires.

Un résultat étonnant de l'étude touche l'utilisation de l'EFC. Sur le plan qualitatif, rien n'a émergé spontanément du discours des psychoéducateurs à ce sujet. Quantitativement, les résultats n'indiquent qu'un faible pourcentage de psychoéducateurs qui la pratiquent et 44 % ne la pratiquent rarement ou jamais. À la suite d'une étude menée sur l'utilisation de l'EFC dans un programme d'accompagnement d'enseignants ayant des élèves TC dans leur classe au secondaire, Massé, Couture, Bégin et Lévesque (2013) abondent dans le même sens. Dans cette étude, la majorité des participants dont des psychoéducateurs accompagnateurs rapportent qu'avant de recevoir la formation spécifique du programme sur l'EFC, ils ne maîtrisaient ni le vocabulaire ni les concepts liés à cette pratique, et ce, malgré le fait qu'ils aient reçu des notions de base à ce sujet lors de leur formation initiale à l'université. Considérant que l'EFC fait consensus dans la communauté scientifique quant à sa pertinence et son efficacité (Betz, Alison et Fisher, 2011; Gable, 1996; Harrower, Fox, Dunlap et Kincaid, 2010; March et Horner, 2002; McLaren et Nelson, 2009) et que celle-ci est désormais recommandée par le MEESR (2015) et par l'OPPQ (2012, 2014, 2015), cette pratique gagnerait à être davantage promue auprès des psychoéducateurs qui œuvrent en milieu scolaire et devrait également occuper une plus grande place dans la formation des futurs psychoéducateurs.

Pour ce qui est des cadres théoriques sur lesquelles les psychoéducateurs s'appuient pour mener leurs évaluations, les résultats démontrent qu'ils sont très similaires à ceux employés par les psychologues scolaires dans l'étude de Shapiro et Heick (2004). Tout comme la grande proportion des psychologues de cette étude, les psychoéducateurs semblent éclectiques dans leur approche avec en moyenne trois cadres théoriques préconisés. Il reste que le cadre théorique le

plus utilisé tant chez les psychologues que chez les psychoéducateurs est l'approche cognitivo-comportementale.

En s'attardant à l'ordre d'importance accordée aux centrations d'évaluation par les psychoéducateurs, les résultats quantitatifs indiquent que ces derniers portent, en premier, une attention aux caractéristiques de l'élève, ensuite aux facteurs de l'environnement scolaire et enfin aux caractéristiques de l'environnement familial. Cet ordre d'importance découle possiblement du niveau de difficulté d'évaluer les facteurs relatifs à ces sphères. En effet, le pourcentage relatif à la perception de faisabilité d'évaluer les facteurs de ces trois sphères décroît considérablement d'une sphère à l'autre passant de 61 % pour la sphère de l'élève à 55 % pour la sphère scolaire et 15 % pour la sphère familiale. D'ailleurs, la plupart des thématiques soulevées dans les entretiens qualitatifs en lien avec les contraintes relèvent du scolaire (collaboration des enseignants) et de la famille (collaboration des parents). Bien que l'environnement familial semble la sphère la moins investiguée par les psychoéducateurs scolaires, il reste que ces derniers lors des entretiens qualitatifs mentionnaient accorder une grande importance aux facteurs familiaux dans l'explication des troubles.

Contraints principalement par le mandat de l'école de centrer les interventions à l'intérieur de ses murs, ces derniers ne peuvent pas toujours examiner la sphère familiale comme ils le souhaiteraient. Toutefois, on remarque à l'aide des analyses du chi-carré que pour certains facteurs familiaux, l'investigation des psychoéducateurs est plus marquée en région rurale et plus facile à investiguer pour les psychoéducateurs qui détiennent une maîtrise. Selon ces résultats, il est possible de croire que les psychoéducateurs en région rurale bénéficient probablement d'une plus grande latitude ou autonomie professionnelle pour examiner la sphère familiale que les psychoéducateurs qui œuvrent dans les commissions scolaires de régions urbaines.

Sur le plan des contraintes, le manque de temps pour réaliser les évaluations est saillant. Selon les psychoéducateurs, il serait causé, entre autres, par une surcharge de travail en dehors des activités d'évaluation. À ce sujet, on mentionne que le rôle des psychoéducateurs en évaluation n'étant pas toujours clairement défini, cela n'aiderait pas la reconnaissance par les employeurs de la place de cette activité professionnelle dans la tâche quotidienne des psychoéducateurs. À cet effet, les psychoéducateurs rapportent avoir besoin de balises claires et précises ainsi que d'une procédure uniformisée et adaptée à leur réalité pour effectuer leur travail en évaluation. On peut ici penser qu'en leur offrant un guide ou un protocole standardisé, la définition de leur rôle pourrait être facilitée et mieux reconnue.

Pour ce qui est des besoins des psychoéducateurs, l'étude met en évidence le manque de supervision et de formation continue en lien avec l'évaluation, l'utilisation d'instrument de mesure et le phénomène des troubles du comportement. On note d'ailleurs que les connaissances en lien avec l'action évaluative peuvent être variables en considérant le niveau de formation universitaire ou le moment où les psychoéducateurs ont suivi leur formation universitaire initiale. Dans ce contexte, il est souhaitable d'offrir de la formation continue en lien avec la pratique évaluative, en axant surtout sur les régions où les psychoéducateurs semblent en recevoir significativement moins. Il pourrait également être pertinent d'offrir aux psychoéducateurs en milieu scolaire un protocole ou une démarche systématique d'évaluation des troubles du comportement qui tient compte de la réalité clinique de ces derniers et des pratiques de pointes en évaluation.

Les limites de l'étude concernent principalement l'échantillon qui fut recruté selon une méthodologie de convenance, en plus d'être de taille modeste sur le plan quantitatif. Malgré qu'il soit constitué de psychoéducateurs des quatre coins du Québec, le nombre de psychoéducateurs

pour chacune des régions n'est pas représentatif. D'autre part, l'animation des entrevues et des groupes de discussion a été réalisée par le chercheur principal. Dans ce contexte, les propos des participants pourraient avoir été biaisés par le phénomène de contamination par les attentes du chercheur. Finalement, mentionnons que les résultats de l'étude se basent sur la perception des participants et ne découlent pas de mesures objectives.

Malgré ces différentes limites, cette étude présente néanmoins, pour une première fois, un portrait relativement complet des pratiques évaluatives des psychoéducateurs des écoles primaires québécoises. Ce portrait, issue de méthodologies qualitatives et quantitatives constitue une source précieuse d'informations pour quiconque souhaite proposer des améliorations aux pratiques actuelles ou des stratégies de soutien aux psychoéducateurs scolaires. Il permet également de donner l'heure juste sur une pratique courante, mais méconnue. Ces informations pourraient certainement soutenir les programmes universitaires de formation initiale des psychoéducateurs ou l'OPPQ en leur permettant d'identifier les besoins réels des psychoéducateurs sur le terrain. En terminant, nous suggérons que dans le futur, des projets soient menés afin de jeter un éclairage plus objectif sur la réalité, en collectant des données directement sur le terrain, par observation systématique des pratiques ou des dossiers professionnels tenus par les psychoéducateurs.

Références

- Alberta Education. (2009). *Special education coding criteria*. Edmonton, AB: Alberta Education, Special Education Branch.
- Arseneault, C., Bégin, J. Y., Bluteau, J. et Pronovost, J. (2012). Psychoeducation in Quebec: A psychoeducational intervention method. *Journal of Theories and Research in Education*, 7(1), 1-22.
- Batsche, G., Elliott, J., Graden, J. L., Grimes, J., Kovalski, J. F., Prasse, D., Reschly, D. J., Schrag, J. et Tilly, W. D. (2006). *Response to Intervention: Policy considerations and*

- implementation*. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education.
- Betz, A. M., Alison, M. et Fisher, W. W. (2011). Functional analysis: history and methods. Dans W. W. Fisher, C. C. Piazza et H. S. Roanne (dir.), *Handbook of applied behavior analysis* (p. 206-225). New York, NY: Guilford Press.
- Busse, R. T. et Beaver, B. R. (2000). Informant report: Parent and teacher interviews. Dans E. S. Shapiro et T. R. Kratochwill (dir.), *Conducting school-based assessment of child and adolescent behavior* (p. 235-273). New York, NY: Guilford Press.
- Chafouleas, S., Riley-Tillman, T. C. et Sugai, G. (2007). *School-based behavioral assessment: Informing, intervention and instruction*. New York, NY: The Guilford Press.
- Chandler, L.K. et Dahlquist, C. M. (2014). *Functional assessment: Strategies to prevent and remediate challenging behavior in school settings* (4^e éd.). New Jersey, NY: Pearson.
- Comité patronal de négociation de pour les commissions scolaires francophones. (2011). *Convention collective des enseignants 2010-2015 (annexe XIX)*. Montréal, QC : auteur.
- Crone, D. A., Hawken, L. S. et Horner, R. H. (2010). *Responding to problem behavior in schools: The behavior education problem*. New York, NY: Guilford Press.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E. et Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858-900.
- Déry, M., Laventure, M., Toupin, J., Verlaan, P. et Pauzé, R. (2007). Adaptation scolaire et sociale d'élèves ayant reçu des services éducatifs complémentaires pour troubles du comportement dès le début de leur scolarité. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 10(1), 47-62.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2005). Les caractéristiques d'élèves en difficultés de comportement placés en classe spéciale ou intégrés dans la classe ordinaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 28(1-2), 1-23.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, QC: McGraw-Hill.
- Doctoroff, G. T. et Arnold, D. H. (2004). Parent-rated externalizing behavior in preschoolers: The predictive utility of structured interviews, teacher reports, and classroom observations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 813-818.
- Fédération des syndicats de l'enseignement. (2013). *Référentiel pour le personnel enseignant qui intervient auprès des élèves ayant des besoins particuliers, élèves à risque et élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (HDAA)*. Québec, QC: Auteur.
- Gable, K. A. (1996). A critical analysis of functional assessment: Issues for researchers and practitioners. *Behavioral Disorders*, 22(1), 36-40.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, QC : Éditions Sciences et Culture.

- Goupil, G. (2014). *Les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage* (3^e éd.). Montréal, QC: Gaetan Morin Éditeur.
- Gresham, F. M. (2007). Response to intervention and emotional and behavioral disorders: Best practices in assessment for intervention. *Assessment for Effective Intervention*, 32(4), 214-222.
- Harrower, J. K., Fox, L., Dunlap, G. et Kincaid, D. (2010). Functional assessment and comprehensive early intervention. *Exceptionality*, 8(3), 189-204.
- Hawley, K. M. et Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62-70.
- Hintze, J. M., Volpe, R. J. et Shapiro, E. S. (2004). Best practices in the systematic direct observation of student behavior. Dans A. Thomas et J. Grimes (dir.), *Best practices in school psychology* (4^e éd., p. 993-1006). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- Hunsley, J. et Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- International Business Machines Corporation (IBM Corporation). (2014). *IBM SPSS Statistics (version 22)*. Armonk, NY: Auteur.
- Joly, J. (2006). *L'utilisation des tests par les psychoéducateurs et psychoéducatrices*. Rapport de recherche. Sherbrooke, QC : Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke.
- Kampwirth, T. J. et Power, K. M. (2012). *Collaborative consultation in the schools: Effective practices for students with learning and behaviors problems* (4^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kelley, M. L. (2003). Assesment of children's behavior in the school setting. Dans M. L. Kelley, D. Reitman et G. H. Noel (dir.), *Practioner's guide to empirically based measures of school behavior* (p. 7-22). New York, NY: Plenum Publishers.
- Kerr, D., Lunkenheimer, E. R. et Olson S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 967-975.
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.
- Lachar, D. et Gruber, C. P. (2003). Multisource and multidimensional objective assessment of adjustment: The personality inventory for children, second edition; personality inventory for youth and student behavior survey. Dans C. R. Reynolds et R. W. Kamphaus (dir.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (p. 337-367). New York, NY: The Guilford Press.
- Langevin, R. et Guéladé, F. (2010). L'évaluation fonctionnelle du comportement, un modèle rigoureux applicable en milieu scolaire. *Revue de psychoéducation*, 39(1), 45-59.

- March, R. E. et Horner, R. H. (2002). Feasibility and contributions of functional behavioral assessment in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(3), 158-170.
- Mash, E.J. et Hunsley, J. (2005). Special section: Developing guidelines for the evident-based assessment of child and adolescent disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent psychology*, 34(3), 362-379.
- Massé, L. Bégin, J. Y. et Pronovost, J. (2014). L'évaluation psychosociale, la tenue de dossiers et la rédaction du rapport. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p. 83-108). Montréal, QC : Gaetan Morin Éditeur.
- Massé, L., Couture, C., Bégin, J. Y. et Levesque, V. (2013). Utilisation du processus d'évaluation fonctionnelle dans un programme d'accompagnement adressé à des enseignants du secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 34(3), 29-50.
- Massé, L. Desbiens, N. et Lanaris, C. (2014). *Les troubles de comportement à l'école: prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.). Montréal, QC: Gaetan Morin Éditeur.
- McConaughy, S. H. (2000). Self- reports: theory and practice in interviewing children. Dans E. S. Shapiro et T. kratochwill (dir.), *Behavioral assessment in schools: Theory, research and clinical foundations* (p. 323-352). New York, NY: Guilford Press.
- McConaughy, S. H. et Ritter, D. R. (2014). Best practices in multimethod assessment of emotional and behavioral disorders. Dans P. Harrison et A. Thomas (dir.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (p. 367-390). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- McLaren, E. M. et Nelson, M. (2009). Using functional behavior assessment to develop behavior interventions for students in Head Start. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11(1), 3-21.
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2015). *Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire : l'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves : Plan d'action en matière d'adaptation scolaire*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2004). *Le plan d'intervention, au service de la réussite de l'élève : cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Office des professions du Québec. (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Québec, QC: Auteur.

- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Homer, R. H. et Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (3^e éd.). Stamford, CT: Centrage Learning.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2012). *Le psychoéducateur en milieu scolaire: cadre de référence*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : lignes directrices*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2015). *Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique: lignes directrices*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychologues du Québec. (2007). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en milieu scolaire*. Montréal, QC : Auteur.
- Pronovost, J., Caouette, M. et Bluteau, J. (2013). *L'observation psychoéducative*. Longueuil, QC : Béliveau Éditeur.
- Qualitative Solution and Research (QSR International). (2012). *NVivo (version 10.0)*. Duncaster, Australie: Auteur.
- Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs: une analyse, une conception, une histoire*. Longueuil, QC : Béliveau Éditeur.
- Shapiro, E. S. et Heick, P. F. (2004). School psychologist assessment practices in the evaluation of students referred for social, behavioral, emotional problems. *Psychology in the Schools*, 41(5), 551- 561.
- Shapiro, E. S. et Kratochwill, T. R. (2000) Introduction: Conducting a multidimensional behavioral assessment. Dans E. S. Shapiro et T. R. Kratochwill (dir.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior* (p. 1-20). New York, NY: The Guilford Press.
- Steege, M. W. et Brown-Chidsey, R. (2005). Functional behavioral assessment: The cornerstone of effective problem solving. Dans R. Brown-Chidsey (dir.), *Assessment for intervention: A problem-solving approach* (p. 131-154). New York, NY: The Guilford Press.
- Steege, M. W. et Scheib, M. A. (2014). Best practices in conducting functional behavioral assessment. Dans P. Harrison et A. Thomas (dir.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (p. 273-286). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- Steege, M. W. et Watson, S. (2009). *Conducting school-based functional behavioral assessments: A practitioner's guide* (2^e éd.). New York: The Guilford Press.
- Sugai, G., Lewis-Palmer, T. et Hagan-Burke, S. (2000). Overview of the functional behavioral assessment process. *Exceptionality*, 8(3), 149–160.

- Wilson, M. S. et Reschly, D. J. (1996). Assessment in school psychology training and practice. *School Psychology Review*, 25(1), 9-23.
- Woods-Groves, S. et Hendrickson, J. M. (2012). The role of assessment in informing our decision-making process. *Assessment for Effective Intervention*, 38(1), 3-5.
- Yergeau, É. et Paquette, G. (2007). *La formation à l'utilisation d'un instrument de mesure standardisé offert dans le cadre des activités de formation continue de l'OCCOPPQ : évaluation de l'impact sur les pratiques évaluatives des psychoéducateurs et psychoéducatrices*. Rapport de recherche. Sherbrooke, QC : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke.

Chapitre III

Le protocole d'évaluation des troubles du comportement destiné aux psychoéducateurs
d'école primaire

Ce chapitre présente le protocole d'évaluation des troubles du comportement qui a été proposé aux psychoéducateurs qui œuvrent dans les écoles primaires (Appendice C). Le protocole s'appuie sur les cadres théoriques de référence, et les recommandations de pratique qui ont été exposés dans le premier chapitre de la thèse. Le tout a été élaboré en considérant la réalité de la pratique évaluative des psychoéducateurs qui a été décrite dans le cadre de la première étude présentée au deuxième chapitre de la thèse. Le protocole prend la forme d'une procédure standardisée qui comprend deux niveaux d'évaluation. Les sections qui suivent présentent ces deux niveaux d'évaluation ainsi que les fondements de la procédure.

Le protocole d'évaluation des troubles du comportement

Le rationnel derrière l'orientation retenue de proposer un protocole à deux niveaux (Figure 3) d'évaluation s'appuie sur trois prémisses. En premier lieu, il repose sur la distinction conceptuelle établie entre les difficultés comportementales et les troubles du comportement (Massé et al., 2014; MEERS, 2015). Comme il a été discuté dans le cadre de référence de la thèse, les troubles du comportement se différencient des difficultés par leur plus grande intensité, leur persistance, leur impact plus important sur l'entourage et par la possibilité qu'ils soient liés à une problématique de santé mentale. Administrativement, les troubles du comportement engloberaient les codes 14 et les anciens codes 12 définis par le MELS (2007). À l'inverse, les difficultés

comportementales peuvent être temporaires et se définissent par des manifestations réactionnelles (désobéissance répétée, crises, retrait, etc.) liées à un contexte donné (changements biologiques, facteurs de stress aigus d'ordre social, culturel, etc.). Donc, le premier niveau d'évaluation est déployé pour les difficultés comportementales et le second niveau d'évaluation concerne majoritairement les troubles du comportement.

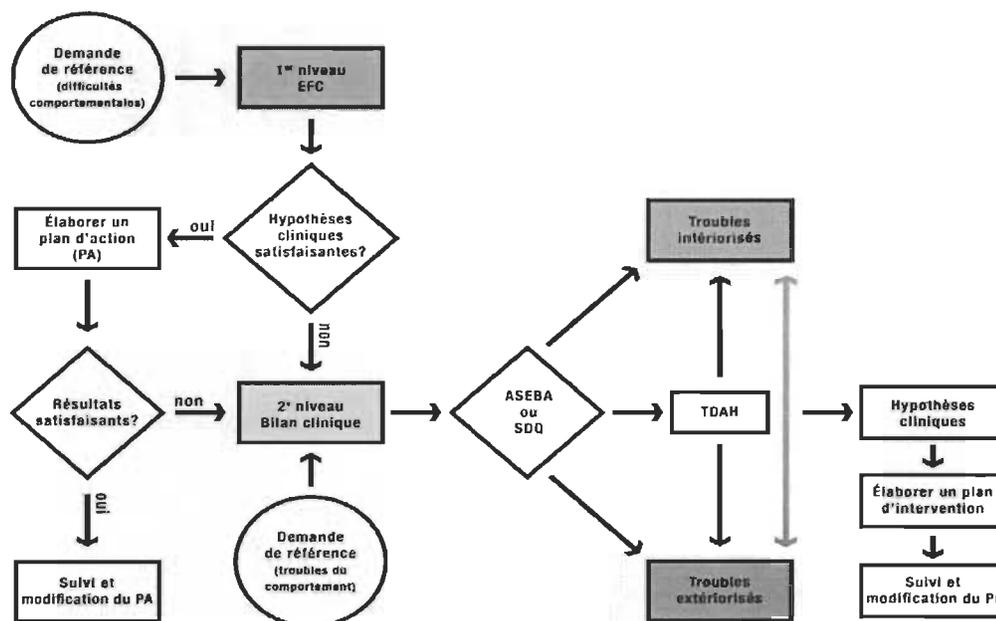


Figure 3. Schéma décisionnel général du protocole d'évaluation

En second lieu, les deux niveaux d'évaluation proposés correspondent aux deuxième et troisième paliers du modèle à trois paliers gradués de réponse à l'intervention (RAI) (Batsche et al., 2006). Dans ce modèle d'intervention qui est de plus en plus répandu dans le monde scolaire, le deuxième palier prévoit des

interventions pour des élèves à risque de difficulté comportementale et le troisième palier comprend des interventions individualisées et intensives pour des élèves présentant des troubles importants de comportement. Comme dans ce modèle, le protocole incarne une gradation de l'intensité des efforts déployés en fonction de l'intensité de la problématique de l'élève.

Troisièmement, l'adoption de ces deux niveaux d'évaluation s'harmonise avec la conception qu'ont les psychoéducateurs de l'action évaluative. En effet, les résultats de la première étude descriptive présentée au deuxième chapitre de la thèse démontrent que les psychoéducateurs pratiquent deux formes d'évaluation. Plus ou moins structurée, la première forme d'évaluation est effectuée sur le champ, en contexte d'intervention. Cette forme d'évaluation découle principalement de faits d'observation et sert à mettre en place des interventions ponctuelles pour des problèmes mineurs de gestion comportementale. Plus structurée, la deuxième forme d'évaluation décrite par les psychoéducateurs nécessite davantage d'investigation, de ressources et de temps. Généralement, elle est pratiquée lorsqu'une demande de référence est faite par la direction de leur établissement ou pour des problèmes de comportement plus intenses et persistants. Selon les psychoéducateurs, ce type d'évaluation est mené plus fréquemment en fin d'année scolaire, pour des fins administratives, afin d'orienter les services subséquents ou pour l'attribution des codes de difficulté en lien avec la déclaration des effectifs au Ministère.

En somme, la conception qu'ont les psychoéducateurs de la pratique évaluative concorde avec la différenciation établie entre les troubles de comportement et les difficultés comportementales et la gradation de l'intensité des interventions du modèle RAI. C'est ce qui explique l'orientation du protocole en deux niveaux d'investigation pour lesquels l'investissement de temps et d'énergie est différent et conditionné par la gravité de la situation ou le mandat d'évaluation.

Premier niveau d'évaluation

Le premier niveau d'évaluation est de prime à bord conçu pour l'analyse des difficultés comportementales (Figure 3). Cette étape s'articule autour des procédures d'EFC proposées principalement par Nelson et Hayes (1981) et Sugai et al. (2000). L'EFC permet de guider les opérations d'observation et d'entrevue afin de mettre en évidence la fonction ainsi que les variables personnelles ou de l'environnement immédiat à l'origine de la difficulté comportementale. Les résultats d'une EFC sont utiles pour mettre rapidement en place des plans d'action ou des interventions ponctuelles afin de freiner l'aggravation des situations. Concrètement, l'EFC permet de :

- 1) décrire objectivement et de façon opérationnelle les difficultés comportementales de l'élève;
- 2) estimer l'ampleur des difficultés observées;
- 3) distinguer les facteurs de l'environnement susceptibles d'influer sur l'apparition des comportements problématiques (antécédents) ou sur leur maintien (conséquences);

- 4) formuler des hypothèses explicatives à propos de ces comportements et de leurs fonctions pour l'élève;
- 5) déterminer quelles sont les variables qui peuvent être modifiées pour améliorer la situation;
- 6) planifier les interventions pour modifier les comportements de l'élève
- 7) évaluer ultérieurement l'efficacité ou l'impact de ces interventions.

Modèle théorique derrière l'EFC. Il existe plusieurs modèles d'EFC, mais tous découlent du modèle classique A-B-C (A pour antécédent, B pour behavior et C pour conséquence) (Bijou, Peterson et Ault, 1968). Le modèle d'EFC proposé dans le protocole est une adaptation du modèle classique qui a été développée plus tard par Nelson et Hayes (1981), soit le modèle S-O-R-C (Situation-Organisme-Réponse-Conséquence). Ce modèle est plus répandu pour l'évaluation des difficultés comportementales. Il a pour avantage d'être simple à utiliser et de mieux tenir compte du vécu intérieur de l'élève comparativement au modèle classique A-B-C.

La situation (S) réfère aux événements précédant le comportement et qui influencent sa probabilité d'apparition. On les appelle aussi les antécédents des comportements. Les antécédents comprennent tant les *événements écologiques* que les *antécédents immédiats* au comportement. Les *événements écologiques* se rapportent aux conditions habituelles de l'environnement où évolue l'élève (activités, personnel, horaire, local, bruit ambiant, densité, interactions sociales, etc.) et à sa situation

particulière (états émotionnels, conditions physiques, maladies, médication, stress, etc.). Les *antécédents immédiats* précèdent directement l'apparition ou non du comportement. Ils comprennent les incitatifs et les stimuli discriminatifs. Les incitatifs sont des événements ou des stimuli qui facilitent directement la performance d'un comportement ou son adoption. Les stimuli discriminatifs indiquent à l'élève qu'un comportement particulier sera renforcé ou non dans une certaine situation.

L'organisme (O) fait référence aux forces et vulnérabilités de l'élève, à ses besoins et à ses motivations. L'organisme se rapporte aussi à l'ensemble des pensées, des émotions, des sensations physiques, des cognitions apparaissant chez l'élève lors de la situation (S).

La réponse (R) correspond au comportement manifesté par l'élève et les conséquences (C) se rapportent à tout stimulus ou événement survenant à la suite de ce comportement. Les conséquences désignent tant ce que le l'élève reçoit (attention, réprimande, récompense, privilège, etc.) que ce qu'il évite (travail ennuyeux à faire, réprimande, etc.) lorsqu'il manifeste un comportement. Les conséquences influencent le maintien des comportements.

L'identification de la fonction d'un comportement se fait au terme de l'analyse de toutes les composantes du modèle S-O-R-C. À partir de cette analyse, on peut attribuer principalement deux fonctions aux comportements du point vue de l'élève soit

obtenir quelque chose de positif ou au contraire échapper ou éviter quelque chose de négatif. À partir de ces deux fonctions principales, Friend, Bursuk et Hutchinson (1998) distinguent huit fonctions secondaires (ou intentions) des comportements des élèves. Le Tableau 6 présente une adaptation de la catégorisation proposée par ces auteurs qui comporte neuf fonctions secondaires des comportements qu'il est possible d'identifier.

Tableau 6

Fonctions secondaires des comportements perturbateurs

Fonction	Illustration
<p><i>Réponse à un besoin physique</i></p> <p>L'élève réagit pour satisfaire un besoin physique (manger, dormir, besoin d'espace, etc.) ou parce qu'un de ces besoins n'est pas satisfait.</p>	<p>Élizabeth fait régulièrement des crises de colère à la fin de la matinée si un autre élève l'ennuie. Son enseignante s'est rendu compte que c'était parce qu'elle avait trop faim, n'ayant pas suffisamment déjeuné le matin.</p>
<p><i>Stimulation interne</i></p> <p>L'élève réagit pour obtenir un renforcement positif sensoriel ou une stimulation sensorielle.</p>	<p>Dès que le rythme de présentation est lent, Xavier, qui a un TDAH, commence à jouer avec les objets qui l'entourent.</p>
<p><i>Protection/évitement</i></p> <p>L'élève réagit particulièrement lorsqu'il se sent en situation de vulnérabilité. Il se protège et réagit pour éviter une activité qui lui est désagréable, pour mettre fin à une situation ou s'en sortir, ou encore pour échapper à une conséquence.</p>	<p>Marc est très faible en français, surtout en écriture. Dès que l'enseignant propose une activité d'écriture, il critique l'activité demandée (« C'est con! Ça ne nous sert à rien ! ») et refuse de la faire.</p>
<p><i>Pouvoir/contrôle</i></p> <p>L'élève réagit pour avoir du pouvoir sur un événement ou une situation, ou les contrôler. Plus l'élève a vécu un blocage dans le processus du développement de la maturité, plus il réagit pour avoir du pouvoir sur ce qui lui arrive, plus il se sent vulnérable, et plus il cherche à contrôler un événement ou une situation par toutes sortes de moyens.</p>	<p>Dès qu'il y a un remplaçant, Kim refuse de faire tout ce qu'il propose et incite les autres à faire de même.</p>

Tableau 6

Fonctions secondaires des comportements perturbateurs (suite)

Fonction	Illustration
<p><i>Attention sociale/communication</i></p> <p>L'élève réagit pour attirer l'attention sur lui.</p>	<p>L'élève ne se met à la tâche que lorsque l'enseignante s'approche de lui pour s'assurer que tout va bien et lui donner des explications individuelles au besoin.</p>
<p><i>Acceptation/affiliation</i></p> <p>L'élève réagit parce qu'il veut être choisi ou accepté par ses pairs ou un groupe de pairs.</p>	<p>Étienne est très talentueux sur le plan scolaire. Il fait le clown en classe pour ne pas avoir l'air d'un élève doué, croyant qu'il pourrait se faire rejeter pour cette raison.</p>
<p><i>Expression de soi</i></p> <p>L'élève réagit pour exprimer ses sentiments, ses pensées ou préoccupations, ou pour démontrer ses habiletés ou connaissances.</p>	<p>Marie-Soleil ne suit aucun des règlements concernant la tenue vestimentaire et les cheveux. Elle vient à l'école avec des habits déchirés et les cheveux mauves fluo.</p>
<p><i>Gratification</i></p> <p>L'élève réagit pour se sentir bien, pour avoir du plaisir ou pour avoir accès à des renforcements tangibles ou à des activités préférées.</p>	<p>Grégory vole l'argent de poche des autres élèves ou les objets qu'il désire.</p>
<p><i>Justice/revanche</i></p> <p>L'élève réagit parce qu'il a l'impression que ses droits n'ont pas été respectés ou qu'il y a injustice, pour demander une restitution ou pour se venger d'un tort subi (réel ou imaginaire).</p>	<p>Simon égratigne l'automobile de l'enseignant qui lui a donné une retenue la journée précédente.</p>

Note. Tiré de Massé, Bégin et Pronovost (2014)

Étapes de l'EFC. La procédure d'EFC proposée dans le protocole comporte sept étapes. Ces étapes sont un amalgame de celles retrouvées dans les écrits sur cette

procédure (Chandler & Dahlquist, 2014; Steege & Watson, 2009; Sugai et al., 2000). Ces étapes s'effectuent sous la gouverne du modèle d'analyse S-O-R-C.

Étape 1 : Collecte de données et repérage des difficultés comportementales les plus importantes. Au cours de la première étape, le psychoéducateur observe de façon informelle l'élève ou interroge les personnes significatives dans l'entourage de celui-ci (enseignant, parents ou autres intervenants impliqués) afin de déterminer ses difficultés comportementales, leur fréquence, leur importance et leur intensité, ainsi que les circonstances dans lesquelles ils apparaissent. L'orientation de la collecte d'information se fait à partir du modèle S-O-R-C et vise à documenter ses composantes de manière à déterminer les séquences comportementales. L'information peut être colligée par l'entremise d'entrevues brèves, de questionnaires, d'archives ou d'observations directes informelles. L'observation participante de l'élève dans un contexte informel reste l'une des méthodes à privilégier lors des premières étapes de la collecte de données. Autrement par entrevue, les répondants peuvent rapporter de façon anecdotique les faits importants concernant les difficultés comportementales, mais aussi les moments où l'élève se comporte correctement. Les difficultés comportementales identifiées sont ensuite classées par ordre de priorité, selon l'urgence de l'intervention qu'elles nécessitent, qui peut être établie en fonction de l'impact que ces derniers ont sur l'environnement, les autres élèves et l'élève lui-même.

Étape 2 : Définir de façon opérationnelle les comportements. Après avoir placé par ordre de priorité les comportements les plus problématiques, on tente de les définir de façon opérationnelle afin d'éviter toute subjectivité et de s'assurer que tous les acteurs impliqués aient la même vision de ceux-ci. La définition opérationnelle permet de décrire un comportement de façon précise, c'est-à-dire d'une façon indépendante des perceptions subjectives des observateurs et des incidences du hasard. Le comportement désigne une action verbale ou non verbale qui est observable ou perceptible par au moins un des cinq sens, qui est mesurable (c'est-à-dire qui est clairement délimitée par un commencement et une fin) et qui est susceptible de se répéter. La description du comportement problématique doit également comporter des informations sur sa fréquence d'apparition, sa durée lorsqu'il apparaît et son intensité ou son impact sur le fonctionnement de l'élève (ou son adaptation scolaire et sociale) ou sur le fonctionnement du groupe.

Étape 3 : Élaborer une hypothèse clinique sur la séquence comportementale. À partir des données recueillies à l'étape 1, des hypothèses cliniques sont émises sur la séquence des comportements et leur fonction. Les hypothèses sont généralement composées des cinq éléments du modèle SORC expliqué plus haut, soit le comportement en question (R), la situation ou le contexte (S) qui semble influencer son apparition, les caractéristiques de l'élève (O) qui peuvent avoir un impact sur son comportement, les conséquences qui suivent le comportement (C) et ultimement la fonction du comportement.

Étape 4 : Observation directe des comportements. Pour compléter les informations relevées et avoir une vue plus précise des séquences comportementales, de la fréquence ou de l'importance des comportements ciblés, le psychoéducateur peut procéder à des séances d'observation directe systématique et formelle des comportements définis de façon opérationnelle. Lors de ces observations, on doit varier les moments d'observation, les journées ainsi que les activités afin que l'aperçu de la situation soit le plus représentatif possible de la situation réelle de l'élève. Il est conseillé de procéder à au moins trois séances d'observation, leur durée variant selon la technique utilisée : habituellement, plus la technique d'observation est structurée, moins la période d'observation doit être longue (environ 20 minutes) (Fox, Gunter, Davis, & Brall, 2000; Kern et al., 2004).

Étape 5 : Interpréter les résultats et élaborer une séquence comportementale alternative. La séquence comportementale alternative (ou trajectoire comportementale concurrente) est une extension de l'hypothèse clinique. Elle identifie : 1) les comportements de remplacement qui sont appropriés qui ont la même fonction et que l'élève pourrait adopter; 2) les interventions à effectuer sur la situation (contexte) ou les antécédents des comportements afin d'en prévenir leur apparition et 3) les interventions à effectuer sur les conséquences pour favoriser l'apparition ou le maintien des comportements appropriés ou pour faire diminuer la fréquence des comportements non appropriés.

Étape 6 : Planifier l'intervention. La planification de l'intervention se fait à partir de la trajectoire comportementale concurrente. Elle met l'accent sur les stratégies à adopter pour : 1) enseigner à l'élève les comportements appropriés de remplacement; 2) modifier les antécédents et la situation (contexte) afin de diminuer les manifestations comportementales problématiques et d'augmenter les chances que les comportements appropriés se produisent et 3) appliquer les conséquences appropriées afin de diminuer les comportements non désirés et d'encourager les comportements appropriés. La planification de l'intervention doit prévoir l'élaboration d'indicateurs de réussite pour l'évaluation de son impact et de son efficacité.

Étape 7 : Suivi et évaluation post-intervention. Cette dernière étape permet de spécifier les stratégies et les données à collecter afin de suivre la mise en œuvre des interventions planifiées et d'évaluer leur efficacité. Plus spécifiquement, on vérifie : 1) si l'élève fait des progrès; 2) si les interventions ont un impact positif sur les différentes sphères de sa vie (apprentissage, adaptation sociale, etc.); 3) si les personnes qui gravitent autour de l'élève rapportent des changements notoires dans les comportements de celui-ci et 4) si la mise en œuvre et la planification des interventions ont été respectées.

Le maintien et la persistance des difficultés comportementales après que des interventions aient été menées à la suite d'une EFC, peuvent conduire le

psychoéducateur à procéder à une évaluation de deuxième niveau. Les prochaines sections se consacrent à ce type d'évaluation proposé dans le protocole.

Évaluation de deuxième niveau

L'évaluation de deuxième niveau est prescrite lorsque les interventions menées à la suite d'une EFC sont infructueuses ou lorsque les hypothèses cliniques découlant de celle-ci ne sont pas concluantes (Figure 3). Dans d'autres cas, l'évaluation de deuxième niveau peut être enclenchée alors que les manifestations comportementales sont suffisamment graves et persistantes. Plus spécifiquement, l'évaluation de deuxième niveau est beaucoup plus exhaustive et holistique. Elle est conçue pour une analyse approfondie et une compréhension globale des différentes causes relatives à un trouble du comportement. Ce niveau d'évaluation prend la forme d'un bilan clinique. Beaucoup plus globalisante, cette procédure nécessite davantage de temps, de méthodes, de ressources et d'investigation. Les données collectées et les résultats d'une évaluation de premier niveau (EFC) doivent servir à l'évaluation de deuxième niveau. À l'inverse, si le deuxième niveau d'évaluation est de prime abord enclenché, il sera préférable de le bonifier par l'entremise d'une EFC. Ultimement, les résultats d'une évaluation de deuxième niveau peuvent être utiles à la procédure d'attribution de codes administratifs ministériels, pour l'élaboration de plans d'intervention ou pour une demande de consultation médicale relative aux troubles de santé mentale le cas échéant.

Orientation des choix de centration d'évaluation. En se référant à la Figure 3, l'évaluation de deuxième niveau est suivie d'un losange dans lequel on retrouve la passation d'une échelle d'évaluation normée et standardisée soit l'Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (Achenbach & Rescorla, 2001) ou le Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997). L'objectif poursuivi avec la passation de l'une de ces deux échelles d'évaluation est de dépister ou de détecter la présence de symptômes relatifs au TDAH, aux troubles intériorisés ou aux troubles extériorisés. L'identification de symptômes relatifs à ces troubles de santé mentale permet ensuite d'orienter les choix de centrations pour l'évaluation de deuxième niveau. Celles-ci sont en fait les facteurs relevés dans les écrits scientifiques sur le développement des différents troubles de santé mentale qui ont été exposés dans le premier chapitre de la thèse. Ces facteurs ont été regroupés sous la nomenclature des troubles intériorisés, extériorisés et le TDAH.

En détail, la Figure 4 présente les facteurs à considérer dans une démarche d'évaluation pour les troubles intériorisés (dépression, anxiété) ainsi que les facteurs à considérer dans la démarche d'évaluation pour les troubles extériorisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) ou le TDAH. Il est important de préciser que la proposition de détecter ou dépister systématiquement le TDAH au côté des troubles intériorisés ou extériorisés pour amorcer l'évaluation de deuxième niveau s'appuie sur la nouvelle façon de considérer le TDAH dans le DSM-V (APA, 2013) et sur les nouvelles connaissances scientifiques qui endossent ce changement. Cette

stratégie permet d'éliminer d'emblée le TDAH comme un facteur de risque possible au développement d'autres manifestations comportementales sachant qu'il est très concomitant avec les troubles intériorisés et extériorisés. Il est important de mentionner ici que dans le protocole, il est précisé qu'en aucun cas ces opérations ne doivent mener à l'émission d'un diagnostic, celui-ci étant un acte réservé à d'autres professionnels tels que les médecins, les psychologues, les neuropsychologues, les conseillers d'orientation attestés ou les infirmiers habilités. L'objectif de cette procédure est d'identifier les symptômes relatifs aux différents troubles de santé mentale de manière à mieux orienter les choix de centrations d'évaluation.

Tableau 7. Troubles intériorisés

2-6 Troubles dépressifs	Comorbidité	Troubles anxieux 7
COGNITIF Distorsion cognitive Fonction exécutive Traitement de l'information		COGNITIF Attention biaisée envers les menaces Interprétation biaisée des menaces Contrôle et gestion des peurs Hyperresponsibilité
AFFECTIF Estime de soi Concept de soi	16 10	
SOCIAL Habiletés sociales Relation et statut social	21 25	
SCOLAIRE Sensibilité et détection des adultes Caractéristiques de l'enseignant Environnement de classe Intimidation Idiosyncrasy scolaire Relation maître-élève	19-20-24 12 17	SCOLAIRE Sensibilité et détection des adultes Caractéristiques de l'enseignant Environnement de classe Évaluations et examens Exigence de performance Relation maître-élève Pression des pairs Intimidation Compétition
SANTÉ MENTALE DES PARENTS Dépression (hérité et contagion) Désengagement familial	21	SANTÉ MENTALE DES PARENTS Anxiété (hérité et contagion) Interaction anxiogène parent-enfant
PARENTAGE Style autoritaire Autoritarisme du père Engagement affectif Négligence	18	ENVIRONNEMENT FAMILIAL Faible cohesif Conflits conjugaux Cursif de stress Événement traumatique
		14-21



Tableau 8. Troubles extériorisés et neurodéveloppementaux

3 TDAH	Comorbidité	TOP-TC 23
BIOLOGIQUE Complications pré-péri-post natales Pré-éclampsie Éclampsie Hérédité Santé physique de la mère Âge de la mère à la naissance Tabac et alcool Poids à la naissance		BIOLOGIQUE Complications pré-péri-post natales Âge du début des comportements Tempérament Hérédité Tabac-alcool
COGNITIF Inhibition comportementale Résistance aux distractions Fonctions exécutives Autocritique	15	COGNITIF Faible DI Habiletés langagières Neurocognition
SOCIAL Habiletés sociales Niveau d'agressivité	22 25	SOCIAL Habileté sociale Rejet des pairs Affiliation avec des pairs déviants Influence des pairs
SCOLAIRE Caractéristiques de l'enseignant Environnement de classe Relation maître-élève	19-20-24 17	SCOLAIRE Caractéristiques de l'enseignant Environnement de classe Relation maître-élève Échecs scolaires Retard scolaire Motivation scolaire Sentiment d'appartenance envers l'école Environnement scolaire
SANTÉ MENTALE DES PARENTS TDAH (hérité)		SANTÉ MENTALE DES PARENTS Comportement antiautoritaire Abus de substance psychoactive Dépression
PARENTAGE Pratique éducative incohérente Établissement de cadre avec limite claire	18	PARENTAGE Pratique éducative incohérente Pratique éducative punitive Supervision et accompagnement Fonction corporelle Environnement familial Conflit conjugal Faible cohésif Faible communication Qualité de la relation parent-enfant Négligence Monoparentalité Statut socio-économique Niveau d'éducation des parents Mère adolescente Cursif de stress
		14

Figure 4. Facteurs à considérer dans une démarche d'évaluation pour les troubles intériorisés, les troubles extériorisés ou le TDAH.

L'orientation des choix de centration n'est pas conditionnelle à la passation des échelles d'évaluation. Elle peut aussi se faire uniquement à partir du jugement clinique du psychoéducateur qui découle de ses observations. Cependant, l'utilisation conjointe de ces deux stratégies donne des résultats optimaux. Il est recommandé d'utiliser une des deux échelles d'évaluation mentionnées plus haut en raison de leur robustesse sur le plan psychométrique, et ce, pour l'ensemble des versions relatives au type de répondant (Bourdon, Goodman, Rae, Simpson, & Koretz, 2005; Capron, Thérond, & Duyme, 2007; Goodman, 2001; Hudziak, Copeland, Stanger, & Wadsworth, 2004; Ivanova, et al., 2007a; 2007b; Nakamura, Ebesutani, Bernstein, & Chorpita, 2009; Shojaei, Wazana, Pitrou, & Kovess, 2008). De plus, en ce qui concerne l'ASEBA, il s'avérait logique de le proposer considérant que plus de 80 % de l'échantillon de psychoéducateurs ($N = 159$) de l'étude descriptive présentée au deuxième chapitre de la thèse mentionnent l'avoir déjà utilisé.

Largement employés dans le monde et traduits dans plusieurs langues, l'ASEBA et le SDQ ont été utilisés dans un nombre impressionnant d'études scientifiques tant sur le plan épidémiologique que clinique. Ces deux échelles d'évaluation comportent certaines similitudes. D'une part, ils offrent la possibilité d'obtenir la perception de trois répondants par rapport à la situation de l'élève (parent, enseignant, élève). D'autre part, le construit de certains items de ces deux instruments de mesure est basé sur les concepts nosologiques du DSM-IV (APA, 1994) tout en offrant un portrait de l'élève différencié selon les troubles intériorisés, extériorisés et le TDAH. D'un autre côté, ces échelles

d'évaluation se différencient sur certains aspects. En plus d'avoir des items formulés selon les concepts nosologiques du DSM, certains items du SDQ ont été élaborés en fonction de la nosologie proposée par la Classification internationale des maladies (Organisation mondiale de la santé, 1994). La différence la plus frappante entre les deux échelles d'évaluation concerne leur nombre d'items. En effet, le SDQ est composé de 25 items répartis en cinq sous-échelles et à l'inverse, les différents répondants de l'ASEBA doivent répondre à plus ou moins 113 items. De plus, plusieurs items du SDQ, contrairement à ceux de l'ASEBA, sont formulés de manière à décrire les comportements ne référant pas à des difficultés ce qui, selon Goodman et Scott (1999), contribuerait à l'augmentation de l'acceptabilité de cette échelle d'évaluation par les répondants. Lorsqu'on compare les qualités psychométriques de ces deux échelles d'évaluation, les résultats démontrent des degrés de corrélation significativement élevés entre les différentes échelles, confirmant ainsi la similitude de leurs construits (Goodman & Scott, 1999). Pour les échelles de scores totaux et de troubles intériorisés ou extériorisés, peu de différence est observée entre le SDQ et l'ASEBA quant à leur sensibilité et leur spécificité, suggérant ainsi que ces deux échelles d'évaluation sont capables d'identifier les élèves en difficulté d'une façon équivalente (Goodman & Scott, 1999; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000; Goodman, Renfrew, & Mullick, 2000; Warnick, Bracken, & Kasl, 2008).

Donc, à partir de son jugement clinique ou par l'entremise d'échelles d'évaluation normées et standardisées, le psychoéducateur identifie le ou les types de

manifestations comportementales (intériorisées, extériorisées et TDAH) que l'élève peut présenter. Une fois identifié, le psychoéducateur peut ensuite cibler ses centrations d'évaluation à partir des facteurs associés à ces manifestations comportementales qui ont été circonscrits dans des tableaux synthèses (Figure 4). L'orientation des choix de centration n'est pas conditionnelle à la passation des questionnaires. Le choix peut aussi se faire uniquement à partir du jugement du clinicien qui découle de ses observations. Cependant, l'utilisation conjointe de ces deux stratégies donne des résultats optimaux. Dans ces tableaux, les manifestations comportementales ont aussi été différenciées en fonction du sexe de l'élève (selon la prévalence des troubles), représenté par le bleu pour les garçons et le rose pour les filles. Ainsi, le psychoéducateur peut orienter sa collecte de données en employant les approches multiméthodes et multirépondants de collecte de données recommandées (Doctoroff & Arnold, 2004; Gresham, 2007; McConaughy & Ritter, 2014; Shapiro & Kratochwill, 2000) en portant une attention particulière aux facteurs associés aux particularités de l'élève.

Pour faciliter la collecte de données, on remarque dans la Figure 4 que la plupart des facteurs sont spécifiquement associés à un instrument de mesure identifié par un chiffre dans les colonnes centrales (échelle d'évaluation, questionnaire, grille d'observation ou outil). Le psychoéducateur a la liberté d'utiliser ces instruments pour sa collecte de données, s'il a les compétences pour le faire. Avec ce chiffre, le psychoéducateur peut ainsi se référer aux annexes du protocole (Appendice D) pour retrouver certains de ces instruments dont les droits d'auteurs ont été acquittés ou les

références bibliographiques complètes pour se procurer les instruments de mesure suggérés.

Les annexes du protocole comprennent aussi des grilles d'observation, un questionnaire exhaustif d'entrevue d'anamnèse ainsi que des questionnaires en lien avec le développement normal de l'élève ou les tâches développementales de sa famille. D'ailleurs, le questionnaire d'anamnèse est fortement suggéré afin de bien évaluer l'histoire développementale de l'élève en couvrant la période de gestation de la mère jusqu'au moment de la consultation en passant par la période de la petite enfance de l'élève.

Au terme de la collecte de données et de leur analyse, le psychoéducateur peut rassembler l'ensemble de ses conclusions à mettre au rapport d'évaluation en se référant au schéma conceptuel relative au développement des troubles du comportement (Figure 5). Cette carte conceptuelle peut aussi être utilisée pour communiquer les résultats de l'évaluation de deuxième niveau en indiquant sur celle-ci, les sphères évaluées, les facteurs de risque et de protection relevés ainsi que les cibles d'intervention à planifier.

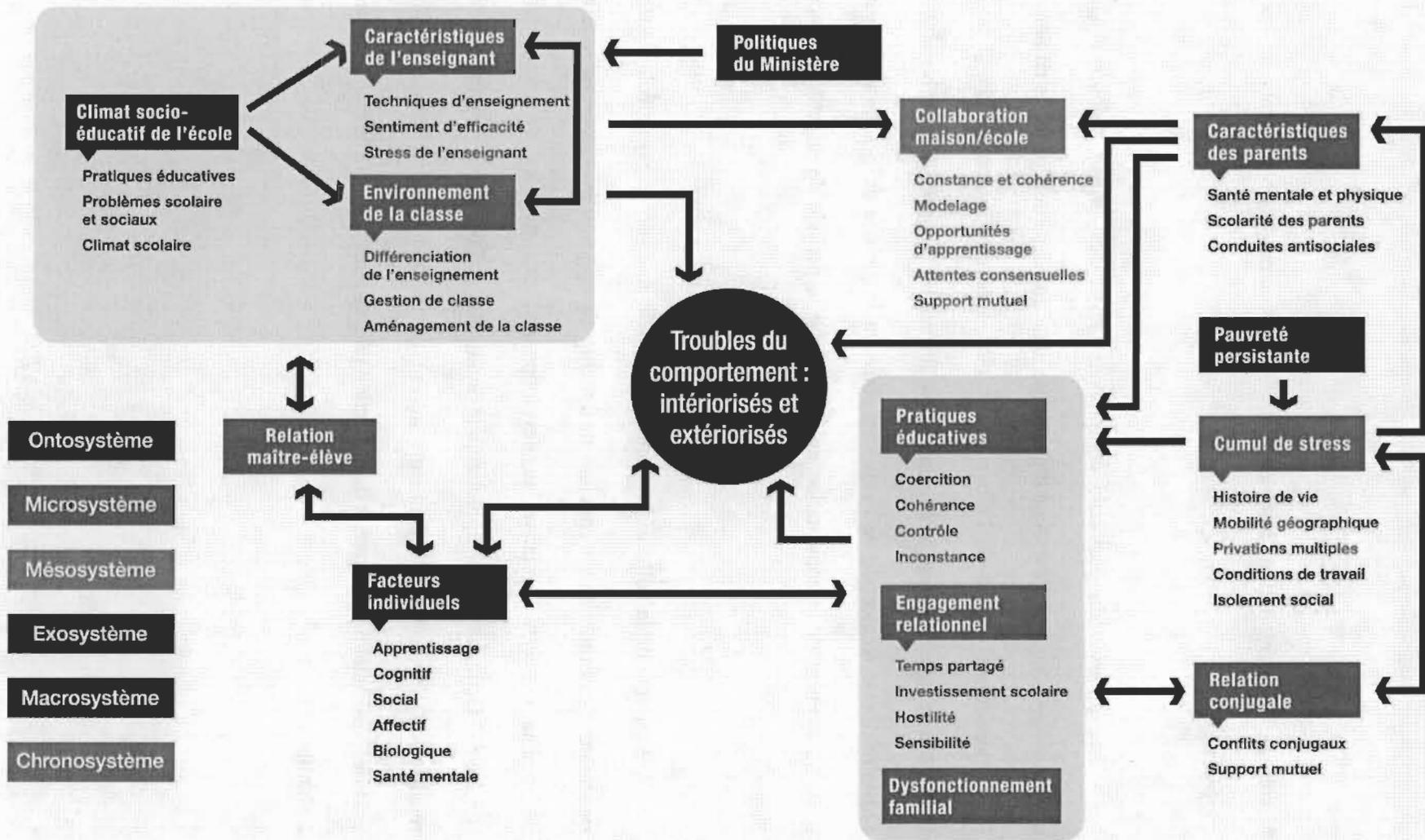


Figure 5. Schéma conceptuel des facteurs impliqués dans la genèse des troubles du comportement

Contexte de la deuxième étude

Le protocole d'évaluation des troubles du comportement proposé aux psychoéducateurs d'école primaire a fait l'objet d'une étude d'implantation initiale dans cinq commissions scolaires du Québec. Les psychoéducateurs de ces commissions scolaires ont reçu une journée de formation à l'utilisation du protocole et ont été invités à expérimenter le protocole dans le cadre de leur pratique. Au total, 22 psychoéducateurs ont accepté de participer à une entrevue téléphonique visant à recueillir leur appréciation à la suite de l'expérimentation du protocole. De plus, cinq acteurs clefs au sein des équipes de psychoéducateurs (directeurs de service ou responsable d'équipe) ont aussi participé à une entrevue téléphonique dans le but d'avoir leur appréciation générale du protocole, et ce, avant l'expérimentation du protocole par les membres de leur équipe. Les résultats de cette étude ont permis de faire ressortir les forces, les limites, les contraintes à l'utilisation du protocole ainsi que ses retombés sur le plan de la pratique des psychoéducateurs. Les résultats permettront, entre autres, d'apporter des ajustements pour éventuellement procéder à une diffusion plus large de cette pratique novatrice. Le chapitre suivant présente plus longuement le contexte de réalisation de cette deuxième étude, ainsi que les résultats obtenus, sous la forme d'un article scientifique qui sera soumis à la Revue des sciences de l'éducation.

Chapitre IV : Article 2

L'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : proposition et étude
d'implantation initiale d'un protocole pour les psychoéducateurs
(Bégin, J. Y., Couture, C., Massé, L. & Renaud, I.)

Cet article est en voie d'être soumis à la *Revue des sciences de l'éducation*

L'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : proposition et étude d'implantation initiale d'un protocole pour les psychoéducateurs

Bégin, Jean-Yves
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation
850, Avenue de Vimy, C.P. 32; Québec, Québec; G1S 0B7
jean-yves.begin@uqtr.ca
1 800 365-0922 poste 2843
(418) 659-6674 (télécopieur)
Professeur régulier

Couture, Caroline
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation
850, Avenue de Vimy, C.P. 32; Québec, Québec; G1S 0B7
caroline.couture@uqtr.ca
1 800 365-0922 poste 2805
(418) 659-6674 (télécopieur)
Professeure agrégée

Massé, Line
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation
3351, boul. des Forges, C.P. 500; Trois-Rivières, Québec; G9A 5H7
line.masse@uqtr.ca
1 800 365-0922 poste 4010
(418) 659-6674 (télécopieur)
Professeure titulaire

Renaud, Isabelle
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation
850, Avenue de Vimy, C.P. 32; Québec, Québec; G1S 0B7
isabelle.renaud@uqtr.ca
1 800 365-0922 poste 2832
(418) 659-6674 (télécopieur)
Auxiliaire de recherche

Cette recherche a été rendue possible grâce à un financement du Fonds de recherche du Québec-société et culture (FRQSC).

L'évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : proposition et étude d'implantation initiale d'un protocole pour les psychoéducateurs

RÉSUMÉ

Occupant une place de plus en plus grande parmi les professionnels qui œuvrent dans les écoles primaires au Québec, les psychoéducateurs sont souvent mandatés pour évaluer les élèves qui présentent des difficultés d'adaptation d'ordre comportemental. À l'heure actuelle, peu de pratiques rigoureuses d'évaluation ont été développées pour ces psychoéducateurs. Cette étude vise à évaluer l'implantation initiale d'un protocole d'évaluation des élèves en troubles du comportement proposé à des psychoéducateurs d'école primaire. Au total, 22 psychoéducateurs ainsi que cinq acteurs clefs de commission scolaire ont participé à une entrevue téléphonique visant à recueillir l'appréciation de cette pratique novatrice. Les résultats ont permis de faire ressortir les forces, les limites, les contraintes à son utilisation ainsi que les retombées du protocole sur la pratique des psychoéducateurs.

MOTS CLÉS (5)

Évaluation, troubles du comportement, psychoéducateur, évaluation d'implantation, diffusion des innovations

TITRE DE L'ARTICLE EN ANGLAIS (ENGLISH TITLE)

Behavioral disorders assessment in primary school: proposition and initial implementation study of a protocol for psychoeducators

RÉSUMÉ EN ANGLAIS (SUMMARY)

Occupying an increasingly important place among the professionals working in primary schools in Quebec, psychoeducators are often mandated to assess pupils with behavioral disorders. At present, few rigorous evaluation practices have been developed for psychoeducators. This study aims to evaluate the initial implementation of an assessment protocol for behavioral disorders that has been proposed for primary school psychoeducators. A total of 22 psychoeducators and five school board administrators were interviewed to understand their appreciation of this innovative practice. The results were used to highlight the strengths, limitations, constraints on its use and the benefits of the protocol on the practice of psychoeducators.

MOTS CLÉS EN ANGLAIS (KEY WORDS)

Assessment, behavior disorder, psychoeducator, initial implementation evaluation, diffusion of innovation

1. Introduction et problématique

Parmi les professionnels qui œuvrent dans les écoles primaires du Québec, les psychoéducateurs occupent une place de plus en plus importante. L'acte d'évaluer constitue une opération centrale dans leur pratique au quotidien. En effet, les psychoéducateurs font partie des professionnels mandatés pour mener les évaluations d'élèves en difficultés d'adaptation sur le plan du comportement préalables à l'émission de codes administratifs pour la déclaration annuelle des

effectifs scolaires au Ministère (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS]⁵, 2007). Ces évaluations sont généralement menées pour deux types d'élèves. Ceux présentant un trouble du comportement (TC) (code 12)⁶ et ceux qui présentent un trouble grave du comportement (TGC) (code 14). On distingue les TGC des TC par des manifestations comportementales qui sont beaucoup plus fréquentes, intenses, constantes et persistantes. De plus, les manifestations comportementales d'élèves en TGC se caractérisent plus particulièrement par des comportements agressifs ou destructeurs de nature antisociale qui peuvent nécessiter une scolarisation en classe spécialisée (FSE, 2013; MELS, 2007). Pour ces élèves (TC et TGC) considérés en difficulté d'adaptation, la Loi sur l'instruction publique (LIP) (art.96.14) oblige les directions d'école à préparer un plan d'intervention. Pour ce faire, plusieurs auteurs et instances gouvernementales recommandent aux professionnels œuvrant en milieu scolaire d'évaluer les besoins de ces élèves tôt durant leur période de scolarisation de manière à prévenir l'aggravation de leur situation, à mieux orienter les services et à favoriser la mise en place des interventions (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2005; Massé, Bégin et Pronovost, 2014; MEESR, 2015; MELS, 2007; MEQ, 2004; Woods-Groves et Hendrickson, 2012). Ainsi, les psychoéducateurs peuvent également être impliqués dans les évaluations qui précèdent l'élaboration des plans d'intervention. D'ailleurs, la nouvelle loi 21 qui a récemment modifié le Code des professions du Québec réserve légalement à certains professionnels, dont les psychoéducateurs, l'évaluation d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation pour la détermination d'un plan d'intervention appliqué dans le cadre de la Loi sur l'instruction publique (Office des professions du Québec, 2012).

⁵ En 2004, l'appellation ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) a été changée à la suite d'un remaniement ministériel pour ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Un autre remaniement ministériel a eu lieu en 2014 et le MELS a été changé pour le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR).

⁶ Le code 12 n'existe plus pour le MEESR. Toutefois, il continue d'être utilisé dans le cadre de la convention collective des enseignants pour compensation financière en cas de dépassement du nombre d'élèves maximum par classe (Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones [CPNCF], (2011); Fédération des syndicats de l'enseignement [FSE], 2013).

Que ce soit pour des fins administratives ou de planification d'interventions, les psychoéducateurs qui réalisent des évaluations peuvent être confrontés durant leur démarche à différents obstacles. À cet effet, une étude récente de Bégin, Massé et Couture (soumis) indique que les psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec font face à des contraintes, entre autres, de temps et de ressources lorsqu'ils mènent leurs évaluations. De plus, cette étude révèle que ces derniers expriment plusieurs besoins en lien avec leur pratique évaluative. En particulier, ils indiquent avoir besoin de formation continue en évaluation et mentionnent avoir besoin d'être guidés dans leur démarche d'évaluation par l'entremise d'une procédure spécifique et adaptée à leur réalité de pratique professionnelle. Or, les psychoéducateurs ayant participé à cette étude rapportent que l'appropriation d'une telle démarche contribuerait à mieux définir leur rôle en évaluation auprès des directions d'école ce qui pourrait favoriser l'obtention de meilleures conditions pour les mener.

À l'heure actuelle, peu de pratiques standardisées et rigoureuses d'évaluation ont été développées spécifiquement pour ces psychoéducateurs afin de les guider dans leur démarche auprès des élèves présentant des difficultés d'adaptation à l'école primaire. C'est dans une optique de perfectibilité que nous avons proposé une démarche structurée d'évaluation novatrice s'articulant autour de pratiques recommandées dans ce domaine et de connaissances scientifiques relatives aux troubles du comportement. Cette démarche a été développée et implantée en tenant compte de la réalité des milieux de manière à rendre son application faisable, efficace et efficiente. Cet article présente les résultats de l'évaluation de l'implantation initiale d'un protocole d'évaluation qui guide l'intervenant dans cette démarche structurée. Cette implantation et son évaluation ont été réalisées dans cinq commissions scolaires québécoises.

2. Contexte théorique

La littérature foisonne, particulièrement en psychologie scolaire, quant aux recommandations de pratiques à adopter pour évaluer les élèves présentant un trouble du comportement. Il peut donc être difficile pour les professionnels de faire le point sur ces connaissances et d'ajuster leurs pratiques en conséquence. Le protocole proposé vient les soutenir dans cette tâche puisqu'il a été élaboré en s'appuyant sur les pratiques préconisées et que sa mise en œuvre s'articule autour d'une approche différenciée selon le sexe de l'élève et le type de manifestations comportementales. Les lignes qui suivent font état des pratiques recommandées qui sont appliquées au protocole proposé aux psychoéducateurs scolaires et des fondements théoriques qui l'appuient. Cette section de l'article se termine par une présentation générale du protocole qui découle de ces assises théoriques.

2.1 Fondements théoriques du protocole

Le protocole d'évaluation s'appuie sur différents fondements théoriques notamment sur les approches comportementale (Kazdin, 2008), cognitivo-comportementale (Cottraux, 2004), écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1996) et celle de la psychopathologie développementale (Cicchetti et Cohen, 2006). Ces quatre orientations théoriques ont été privilégiées dans le but de guider la démarche et de circonscrire les variables influentes pour mieux comprendre la dynamique des manifestations comportementales.

2.2 Recommandations de pratique en évaluation des troubles du comportement

2.2.1 Évaluation fonctionnelle du comportement (EFC)

Basée sur des approches comportementalistes et cognitivo-comportementalistes, plusieurs auteurs présentent l'EFC comme une procédure systématique pour comprendre la fonction des comportements perturbateurs ainsi que les facteurs qui contribuent à leur apparition (les antécédents, stimuli déclencheurs ou les cognitions) et à leur maintien (les conséquences ou

stimuli renforçateurs) (Betz, Alison et Fisher, 2011; Steege et Scheib, 2014; Sugai, Lewis-Palmer et Hagan-Burke, 2000). Basée principalement sur une collecte de données par observation directe, l'EFC semble faire consensus quant à son efficacité pour identifier les facteurs susceptibles d'influencer l'apparition et le maintien des comportements problématiques (O'Neill, Albin, Storey, Homer et Sprague, 2015). Plusieurs auteurs indiquent que l'utilisation de l'EFC est la meilleure façon de faire pour élaborer des interventions destinées au traitement des troubles du comportement en milieu scolaire (Chandler et Dahlquist, 2014; Crone, Hawken et Horner, 2010; Kampwirth et Power, 2012; Langevin et Guéladé, 2010; Steege et Watson, 2009). D'ailleurs, des études démontrent que l'application de l'EFC a des effets positifs sur la diminution des problèmes de comportement et sur l'amélioration de la réussite scolaire des élèves présentant un trouble du comportement (Gable, 1996; Harrower, Fox, Dunlap et Kincaid, 2010; March et Horner, 2002; McLaren et Nelson, 2009). Comparativement aux interventions de type « essais et erreurs » ou à celles uniquement basées sur une approche de description diagnostique, celles basées sur une EFC favorisent plus rapidement des changements positifs chez l'élève et s'avèrent plus efficaces à long terme (Betz, Alison et Fisher, 2011).

2.2.2 Approches multiméthodes et multirépondants

Afin de dresser un portrait global et holistique de la problématique d'un élève, Gresham (2007), McConaughy et Ritter (2014) ainsi que Shapiro et Kratochwill (2000) recommandent d'utiliser une approche multiméthodes pour collecter les données à analyser. Cette dernière vise à combiner, dans la démarche d'évaluation, plusieurs méthodes de collecte de données qui sont directes (observation directe) et indirectes (entrevue, questionnaires, échelles d'évaluation). Parallèlement à l'approche multiméthode, Doctoroff et Arnold (2004) démontrent dans leur étude qu'en adoptant une telle approche, et ce, auprès de plusieurs répondants (élève, parent, enseignant), l'évaluateur augmente la validité prédictive de son évaluation et diminue le risque de

faire des erreurs d'interprétation. Le principe de recueillir des données qui proviennent de plusieurs méthodes et de plusieurs répondants dans une démarche d'évaluation amènent, selon Lachar et Gruber (2003), une multitude de perspectives d'une même situation entraînant ainsi une diversification de l'information. Or, la triangulation de ces différentes perceptions permet de comparer l'information et de la valider (Kerr, Lunkenheimer et Olson, 2007). En somme, l'évaluateur s'assure d'obtenir une perspective plus éclairée, nuancée et objective de la problématique de l'élève, optimisant ainsi ses hypothèses cliniques et par le fait même les objectifs d'intervention (Hawley et Weisz, 2003).

2.3 Approches différentielles

L'étiologie des troubles du comportement est multifactorielle, ce qui peut grandement complexifier la tâche de l'évaluateur (Toth et Cicchetti, 2010). Il est possible de croire qu'en décortiquant les facteurs à considérer lors d'une évaluation par l'entremise d'une différenciation selon le type de manifestation comportementale (intériorisé ou extériorisé) et en fonction du sexe de l'élève, l'identification des centrations d'évaluation peut être facilitée. Une pléthore d'études met en évidence les liens qui peuvent être tissés entre certains facteurs de risque personnels ou environnementaux et certaines manifestations comportementales. D'autres apportent un regard sur les différences existant entre les garçons et les filles quant à l'influence de ces facteurs de risque. Une synthèse de ces études permet de circonscrire les facteurs impliqués dans la genèse des troubles du comportement et de les organiser sous une nomenclature qui les différencie en fonction du sexe et du type de manifestations comportementales.

Les principaux facteurs de risque à considérer lors d'une évaluation avec le protocole ont été regroupés sous trois dimensions : les troubles intériorisés (anxiété, dépression), extériorisés (trouble de l'opposition avec provocation [TOP] et troubles des conduites [TDC]) et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). La nomenclature des troubles

intériorisés et extériorisés est largement reconnue par la communauté scientifique pour catégoriser les différentes psychopathologies (Achenbach, 1982; Cicchetti et Toth, 1991). D'ailleurs, les tenants de la cinquième édition du DSM (American Psychiatric Association, 2013) ont regroupé une partie des troubles mentaux sous ces deux dimensions. On note par ailleurs que dans le DSM-5, le TDAH est maintenant séparé conceptuellement des troubles de comportement extériorisés. Il est désormais classifié comme un trouble neurodéveloppemental. Le TDAH a une forte propension à évoluer en concomitance avec d'autres symptômes tant sur les plans intériorisés qu'extériorisés (Simonoff *et al.*, 2004; Whittinger, Langlely, Fowler, Thomas et Thapar, 2007; National resource center on ADHD, 2009). Ce trouble se manifeste tôt dans le développement, souvent avant l'âge de scolarisation et on le retrouve très souvent en toile de fond du tableau clinique de plusieurs problèmes de santé mentale en particulier le TOP et le TDC, constituant en soi un facteur de risque important au développement de ceux-ci (Côté, Tremblay, Nagin, Zoccolillo et Vitaro, 2002; Dick, Viken, Kaprio, Pulkkinen et Rose, 2005; Faraone, Biederman, Jetton et Tsuang, 1997; Loeber et Keenan, 1994; Mannuzza, Klein, Abikoff, Moulton, 2004; Pardini et Fite, 2010; Patterson, DeGarmo et Knutson, 2000; van Lier, van der Ende, Koot, et Verhulst, 2007). Le nouveau positionnement du TDAH dans le DSM-5 ainsi que les nouvelles connaissances scientifiques qui endossent ce changement nous conduisent à considérer dans le protocole le TDAH d'une façon distincte aux côtés des troubles intériorisés et extériorisés.

Ces trois dimensions du protocole s'expriment différemment selon le sexe de l'enfant. Pour ce qui est du TDAH, on estime qu'il touche davantage les garçons dans un ratio d'environ 2 : 1 (APA, 2013; Ramtekkar, Reiersen, Todorov et Todd, 2010). Toutefois, les filles sont deux fois plus assujetties à une inattention prédominante que les garçons (APA, 2013; Biederman *et al.*, 2002). Pour ce qui est des troubles extériorisés, les écrits scientifiques sur le développement des

psychopathologies durant l'enfance et l'adolescence sont quasi unanimes sur le fait qu'ils sont beaucoup plus prévalents chez les garçons (Fussum, Willy-Tore, Handegard et Drugli, 2007; Hammarberg et Hagekull, 2006; Keiley, Bates, Dodge et Pettit, 2000; Loeber, Burke, Lahey, Winter et Zera, 2000; Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004; Messer, Goodman, Rowe, Meltzer et Maughan, 2006; Odgers *et al.*, 2008; Rutter, Caspi et Moffitt, 2003). De l'autre côté du spectre, on arrive à un consensus partiel pour ce qui est des troubles intériorisés. Plusieurs études ont mis de l'avant des prévalences plus élevées de troubles intériorisés chez les filles (Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge et Pettit, 2003; Merrell et Dobmeyer, 1996; Rutter, Caspi et Moffitt, 2003), et ce, jusqu'à quatre fois en milieu scolaire (Nelson, Babyak, Gonzalez et Benner, 2003). De plus, comparativement aux garçons, les prévalences des troubles anxieux chez les filles sont plus élevées en bas âge (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008). D'autres travaux n'indiquent aucune différence significative entre les deux sexes sur ce plan (Hammarberg et Hagekull, 2006), alors que certaines études démontrent des prévalences plus élevées chez les garçons spécialement en présence de troubles extériorisés (Somersalo, Solantaus et Almqvist, 1999). C'est un ensemble de conditions biologiques, génétiques et environnementales liées, entre autres, à des processus de socialisation qui sont différents entre les garçons et les filles qui peuvent expliquer ces tendances phénotypiques du comportement (Déry et Lapalme, 2006; Déry, Toupin, Verlaan, et Lemelin, 2013; Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008). Cette hétérogénéité amène Rutter, Caspi et Moffitt (2003) à recommander de considérer les différences de genre pour avoir une meilleure analyse individualisée des problématiques et indique que cette approche de différenciation selon le sexe dans l'analyse s'avère un excellent moyen d'identifier l'étiologie complexe que peuvent présenter les différents troubles du comportement.

2. 4 Présentation du protocole

Le protocole proposé comprend deux niveaux d'évaluation (voir la Figure 3). Le rationnel derrière le choix d'avoir deux niveaux d'évaluation découle, en premier lieu, d'une distinction établie entre les difficultés comportementales et les troubles du comportement proposée par Massé, Desbiens et Lanaris (2014) et le MEERS (2015). Les troubles du comportement se différencient des difficultés par leur plus grande intensité, leur persistance, leur impact plus important sur l'entourage et par la possibilité qu'ils soient liés à une problématique de santé mentale. Théoriquement, les troubles du comportement engloberaient les anciens codes 12 et les codes 14 définis par le MELS (2007). À l'inverse, les difficultés comportementales peuvent être temporaires et se définissent par des manifestations réactionnelles (désobéissance répétée, crises, retrait, etc.) liées à un contexte donné (changements biologiques, facteurs de stress aigus d'ordre social, culturel, etc.).

Insérer la figure 3 ici

En second lieu, les deux niveaux d'évaluation proposés correspondent aux deuxième et troisième paliers du modèle à trois paliers gradués de réponse à l'intervention (RAI) (Batsche *et al.*, 2006). Dans ce modèle, le deuxième palier prévoit des interventions pour des élèves à risque de difficulté comportementale et le troisième palier comprend des interventions individualisées et intensives pour des élèves présentant des troubles importants de comportement. Troisièmement, l'adoption de ces deux niveaux d'évaluation s'harmonise avec la conception qu'ont les psychoéducateurs de l'action évaluative. En effet, les résultats de l'étude de Bégin, Couture et Massé (soumis) démontrent que ces derniers pratiquent deux formes d'évaluation. La première est plus ou moins structurée et est effectuée sur le champ, en contexte d'intervention. Cette forme

d'évaluation découle principalement de faits d'observation et sert à mettre en place des interventions ponctuelles pour des problèmes mineurs de gestion comportementale. Plus structurée, la deuxième forme d'évaluation décrite par les psychoéducateurs nécessite davantage d'investigation, de ressources et de temps. Généralement, elle est pratiquée lorsqu'une demande de référence est faite par la direction de leur établissement ou pour des problèmes de comportement plus intenses et persistants. Selon les psychoéducateurs, ce type d'évaluation est mené plus fréquemment en fin d'année scolaire, pour des fins administratives, afin d'orienter les services subséquents, pour l'attribution des codes de difficulté en lien avec la déclaration des effectifs au Ministère. Bref, la conception qu'ont les psychoéducateurs de la pratique évaluative concorde avec la différenciation établie entre les troubles de comportement et les difficultés comportementales et la gradation de l'intensité des interventions du modèle RAI. En somme, c'est ce qui explique l'orientation du protocole en deux niveaux d'investigation pour lesquels l'investissement de temps et d'énergie est différent et conditionné par la gravité de la situation ou le mandat d'évaluation.

Le premier niveau d'évaluation est de prime abord conçu pour l'analyse des difficultés comportementales. Cette étape s'articule autour des procédures d'EFC proposées par Nelson et Hayes (1981) et Sugai, Lewis-Palmer et Hagan-Burke (2000). Les résultats d'une EFC permettent de mettre rapidement en place des plans d'action ou des interventions ponctuelles afin de freiner l'aggravation des situations. L'évaluation de deuxième niveau est prescrite lorsque les interventions menées à la suite d'une EFC sont infructueuses ou lorsque les hypothèses cliniques découlant de celle-ci ne sont pas concluantes. Dans d'autres cas, l'évaluation de deuxième niveau peut être entreprise alors que les manifestations comportementales sont suffisamment graves et persistantes.

Plus spécifiquement, l'évaluation de deuxième niveau est beaucoup plus exhaustive et holistique. Elle est conçue pour une analyse approfondie et une compréhension globale des différentes causes relatives aux troubles du comportement. À partir de son jugement clinique ou par l'entremise d'échelles de mesure normées et standardisées, l'évaluateur identifie le ou les types de manifestations comportementales (intériorisées, extériorisées et TDAH) que l'élève peut présenter. Une fois identifié, l'évaluateur peut cibler ses concentrations d'évaluation à partir des facteurs de risque associés à ces manifestations comportementales qui ont été répertoriées dans la littérature scientifique et qui ont été circonscrites dans des tableaux synthèses. Chaque facteur de risque est associé à un instrument de mesure que l'évaluateur a la liberté d'utiliser s'il a les compétences pour le faire. En plus d'être différenciés selon le type de manifestations comportementales, ces facteurs de risque sont aussi distingués en fonction du sexe de l'élève. Ainsi, l'évaluateur peut orienter sa collecte de données en employant les approches multiméthodes et multirépondants de collecte de données recommandées (Doctoroff et Arnold, 2004; Gresham, 2007; McConaughy et Ritter, 2014; Shapiro et Kratochwill, 2000) en portant une attention prioritaire aux facteurs de risque associés aux particularités de l'élève. Ultimement, les résultats d'une évaluation de deuxième niveau peuvent être utiles à la procédure d'attribution de codes administratifs ministériels, pour l'élaboration de plans d'intervention ou pour une demande de consultation médicale le cas échéant.

3. Objectifs

Cette étude vise à évaluer : 1) la faisabilité de l'application du protocole d'évaluation dans la pratique des psychoéducateurs scolaires primaires; 2) les contraintes d'utilisation; 3) les conditions favorables d'utilisation, ainsi que 4) les retombées perçues sur la pratique des psychoéducateurs. L'évaluation de l'implantation initiale de cette pratique d'évaluation novatrice permet de tester le réalisme du modèle proposé, de vérifier sa faisabilité sur le terrain et de mettre

en lumière ses forces et ses faiblesses en vue de l'améliorer (Joly, Touchette et Pauzé, 2009; Rollin et Vincent, 2007). Les améliorations permettront de favoriser les conditions de réplcation ou de généralisation et ultimement l'adoption et l'appropriation de cette pratique novatrice (Chen, 2015; Roger, 2003; Rollin et Vincent, 2007). Selon Paquette, Joly et Tourigny (2010), une phase d'implantation est cruciale et devrait faire l'objet d'une évaluation particulière, quel que soit le modèle d'évaluation choisie. Bref, elle est considérée comme une phase préalable à l'évaluation des effets qui sera ultérieurement réalisée auprès des psychoéducateurs et des élèves (Chen, 2015; Donaldson, 2007).

4. Méthodologie

Pour évaluer l'implantation initiale du protocole, un devis de recherche qualitatif a été utilisé. Le point de vue des psychoéducateurs qui ont expérimenté le protocole d'évaluation auprès d'élèves en difficulté comportementale et celui d'acteurs clefs dans les équipes a été recueilli par l'entremise d'entrevues téléphoniques. Le choix du devis repose sur l'importance que certains auteurs accordent au fait de considérer la perception des acteurs pour d'une part, évaluer la pertinence du protocole et d'autre part, pour détecter les problèmes possibles afin de développer et améliorer les pratiques d'un point de vue formatif (Alain, 2009; Chen, 2015; Turcotte, Dufour et Saint-Jacques, 2009). Deux séries d'entrevues ont été réalisées. La première s'est déroulée auprès de directeurs et responsables d'équipe ayant assisté à la formation et avait pour but de recueillir leur impression quant aux contraintes d'utilisation anticipées. La deuxième série d'entrevues a été réalisée auprès des psychoéducateurs ayant expérimenté le protocole afin de recueillir leur appréciation générale.

4.1 Participants

Cinq commissions scolaires ont accepté de participer au projet de recherche. La première série d'entrevues s'est déroulée auprès des cinq acteurs clefs au sein des équipes de psychoéducateurs,

soit les directeurs de services ($n = 2$) ou les responsables d'équipe ($n = 3$). Quarante-huit participants ont suivi une journée de formation pour l'utilisation du protocole. De ces derniers, quatre ont été exclus de l'étude, car ils n'étaient pas membres de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Au total, 44 psychoéducateurs ont été sollicités à participer aux entrevues à la suite de l'expérimentation du protocole. De ce nombre, 19 femmes et trois hommes ($N = 22$; M d'années d'expérience = 12,86 ans; $ÉT = 6,49$) ont participé par intérêt et sur une base volontaire à cette deuxième série d'entrevues (taux de participation = 50 %).

4.2 Instrumentation

4.2.1 Entretiens semi-structurés auprès d'acteurs clefs

Les entretiens duraient de 30 à 35 minutes et visaient à recueillir la perception qu'ont les directeurs de services et les responsables d'équipe quant à la réceptivité des membres de leur équipe par rapport au protocole proposé et aux contraintes d'utilisation anticipées. Pour ce faire, cinq questions ont été posées : 1) comment réagissent les membres de votre équipe face à l'utilisation du protocole? 2) comment se sentent les membres de votre équipe face à l'utilisation du protocole? 3) comment votre milieu soutient-il l'adoption de nouvelles pratiques? 4) quelles sont les conditions qui pourraient faciliter l'utilisation de ce protocole dans votre milieu? et 5) quelles sont les conditions qui pourraient nuire à l'utilisation de ce protocole dans votre milieu?

4.2.2 Entretiens semi-structurés auprès des psychoéducateurs

Les entretiens duraient entre 50 et 70 minutes. Le guide d'entretien était divisé en six sections. La première section comportait des questions générales sur l'utilisation du protocole et sur les retombées perçues sur la pratique évaluative des psychoéducateurs. La deuxième section traitait du premier niveau d'évaluation où les psychoéducateurs étaient interrogés sur la pertinence de l'EFC et des outils proposés pour l'effectuer. La troisième section portait sur le deuxième niveau

d'évaluation. Les psychoéducateurs ont été questionnés sur la procédure guidant le deuxième niveau d'évaluation, l'approche différentielle, les instruments de mesure et les outils d'analyse proposés. Les questions de la quatrième section portaient sur les avantages, les inconvénients du protocole et les contraintes d'utilisation. La cinquième section examinait l'appréciation de la journée de formation et de la documentation fournie lors de celle-ci. Enfin, la sixième section était composée d'une seule question en lien avec l'influence que pourrait avoir le protocole sur l'identité professionnelle du psychoéducateur. Chacune des sections se terminait par une série de questions fermées répondues à l'aide d'échelles d'accord, d'utilité et de faisabilité de type Likert en trois points. Pour la plupart, les questions fermées touchaient les thématiques abordées dans les questions ouvertes. Dans plusieurs cas, en plus de quantifier, ces questions fermées ont permis de relancer les discussions sur les thématiques abordées.

4.3 Déroulement

4.3.1 Formation des psychoéducateurs à l'utilisation du protocole

Les psychoéducateurs et les acteurs clefs ont reçu une journée de formation sur l'utilisation du protocole et ont été supervisés individuellement au moyen de rencontres téléphoniques et d'échanges courriel. Ils ont également reçu un guide de formation décrivant en détail les postulats et la démarche décisionnelle du protocole (Bégin, 2014). Ce guide comprend des instruments de mesure, des échelles d'évaluation normées et standardisées acquittées de droits d'auteur, une liste de références suggérant des instruments de mesure spécifiques pour certaines variables d'intérêt et une carte conceptuelle servant à réunir l'information collectée et à communiquer les résultats. Les psychoéducateurs qui ont participé à la formation ont reçu une attestation valide pour le programme de formation continue de l'OPPQ.

4.3.2 Utilisation du protocole

À la suite de la formation, les psychoéducateurs désirant expérimenter le protocole aux fins de la recherche devaient le faire auprès d'élèves rencontrés dans le cadre de leurs fonctions. Aucun critère précis n'était prescrit quant au choix des élèves qui ont fait l'objet d'une EFC (premier niveau d'évaluation) à part le fait de présenter une difficulté comportementale. Pour ce qui est de l'évaluation de deuxième niveau, le psychoéducateur devait choisir un élève présentant un TC ou un TGC persistant ou suffisamment intense pour que la situation nécessite l'élaboration d'un plan d'intervention, l'attribution d'une cote administrative ministérielle, une référence dans un service spécialisé ou une référence médicale.

4.3.3 Entraînement des interviewers

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés par deux auxiliaires de recherche de 1^{er} et de 3^e cycle en psychoéducation. Ils ont été formés sur la conduite d'entretiens qualitatifs dans le cadre de leur cursus universitaire en méthodologie de recherche et par des formateurs qualifiés dans d'autres projets de recherche dans lesquels ils étaient impliqués. Ils ont été informés des sujets et thèmes des entretiens par le responsable de cette recherche.

4.4 Méthode d'analyse des données

Les verbatim des entrevues téléphoniques ont été transcrits intégralement par une auxiliaire de recherche de 1^{er} cycle universitaire en psychoéducation. L'ensemble des données qualitatives a été traité à l'aide du logiciel *NVivo 10* (QSR international, 2012). Deux arborescences de codification ont été construites à partir d'un système de catégorisation mixte (déductif et inductif); une pour les entrevues des acteurs clefs et l'autre pour les entrevues des psychoéducateurs (Miles et Huberman, 2003). Certaines catégories ont été établies en fonction des objectifs de recherche et à partir des thèmes abordés dans les canevas d'entretien. Ensuite, les grilles de codification ont été complétées à l'aide de l'émergence de nouvelles thématiques qui

ont découlé de la lecture d'un verbatim provenant des deux types d'entrevues téléphoniques. Deux corpus distincts ont été analysés. Un pour les entrevues faites avant l'expérimentation auprès des acteurs clefs et un pour les entrevues faites auprès des psychoéducateurs, après l'expérimentation. Une analyse de contenu thématique a été menée transversalement pour chaque corpus (Deslauriers, 1991). Les propos des participants ont été analysés et découpés selon les unités de signification préétablies de la grille de codification et des liens ont été faits entre ces unités en leur attribuant des codes représentatifs de l'importance conceptuelle qui leur est propre. Cette analyse a permis de faire ressortir les points de convergence et de divergence sur le plan discursif entre les différents participants.

4.5 Considérations éthiques

Une entente de libération de temps a été conclue avec les commissions scolaires participantes permettant aux psychoéducateurs d'assister à une journée de formation et de s'engager dans le projet de recherche. La présentation de l'objet de l'étude aux psychoéducateurs et aux parties prenantes a été réalisée durant les journées de formation. Une attention particulière a été portée sur le fait que les entrevues téléphoniques seraient enregistrées dans le but de dresser un compte rendu fidèle de ce qui est dit, mais que l'entièreté du processus est anonyme et confidentielle, le tout assuré par une identité fictive établie par code numérique. Les psychoéducateurs étaient libres d'utiliser ou non le protocole et ceux qui l'expérimentaient étaient également libres de faire ou non les entrevues téléphoniques après l'expérimentation du protocole. Ceux ayant manifesté un intérêt à utiliser le protocole et à participer aux entrevues téléphoniques dans le cadre de la recherche devaient signer un formulaire de consentement électronique via un site internet sécurisé de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en indiquant leurs coordonnées et leurs moments de disponibilité. Les parents des élèves évalués à l'aide du protocole recevaient une lettre d'information concernant l'objet du projet de recherche et devaient signer un

formulaire de consentement en plus de consentir à recevoir des services de psychoéducation de la part de la commission scolaire. Cette recherche a fait l'objet d'une certification éthique délivrée par le comité d'éthique de la recherche de l'UQTR.

5. Résultats

Les synthèses des thématiques pour les deux corpus d'analyse sont présentées séparément. Les citations qui représentent le mieux la perception des participants dans chacun des corpus ont été sélectionnées pour illustrer ces synthèses d'informations. Pour chacune d'elles, des codes sont utilisés pour identifier les participants (F = Femme; H = Homme; D = Directeur de services; R = Responsable d'équipe; P = Psychoéducateur)⁷. Enfin, des données quantitatives sont présentées pour certaines des thématiques relatives au corpus des entrevues faites avec les psychoéducateurs.

5.1 Les acteurs clefs avant l'expérimentation

5.1.1 Appréciation générale dans les équipes

Dans l'ensemble, les acteurs clefs ont rapporté percevoir une réaction positive des membres de leur équipe, qu'ils étaient satisfaits de la formation et désireux d'utiliser le protocole. Ces derniers mentionnent que les membres de leur équipe apprécient particulièrement le fait d'avoir reçu des outils adaptés, des moyens efficaces pour effectuer leur travail d'évaluation et de profiter d'une mise à jour sur les connaissances en lien avec les troubles du comportement. « *Les gens étaient très contents de recevoir du matériel autant structuré, appuyé par des données de recherche et tout ça. Les gens étaient très favorables à pouvoir finalement recevoir ça. Vraiment, les gens étaient impressionnés du contenu.* » (D). D'autres acteurs clefs ont évoqué le sentiment de confiance que le protocole amenait dans l'équipe. Un sentiment de confiance qui découle d'une structure ou d'une uniformisation de leur démarche. « *Ils sont plus en confiance avec un*

⁷ Considérant le nombre restreint de directeurs et de responsables d'équipe, le sexe du participant n'a pas été précisé pour les citations qui les concernent.

volet plus standardisé, une démarche simple et similaire pour tous, donc les gens étaient très heureux d'avoir ces documents-là. On avait besoin de balises. » (D). Par ailleurs, un responsable d'équipe rapporte aussi que, malgré l'enthousiasme suscité, certains membres de son équipe semblaient réticents en raison de l'exhaustivité de cette démarche et du temps limité qu'ils ont pour faire des évaluations.

Je pense qu'il en a deux-trois qui sont peut-être mitigés. Dans le sens que, ils sont très enthousiasmés, mais en même temps, il y a des craintes par rapport à l'utilisation, ils ne l'ont jamais expérimenté en soi. Ils pensent que ça peut prendre beaucoup de temps au deuxième niveau. Donc, pour eux la question c'est de savoir, combien de temps ça peut prendre à appliquer. (R).

5.1.2 Conditions contraignantes anticipées

L'organisation du travail est ressortie dans le discours des acteurs clefs comme étant une condition pouvant nuire à l'utilisation du protocole. Il s'avère que celle-ci pourrait amener des contraintes de temps. Pour certains, le nombre d'écoles à la charge des psychoéducateurs ne favorise tout simplement pas la pratique évaluative en général. « *Je pense que le modèle d'organisation du travail actuellement qui est un psychoéducateur pour X écoles, ça fait qu'habituellement le surnombre d'écoles fait que ces évaluations-là de pointe deviennent difficiles à appliquer.* » (R). Par ailleurs, le thème de la nouveauté est mentionné comme étant un facteur contraignant. Certains acteurs clefs ont révélé que des membres de leur équipe pouvaient être réfractaires à apporter des changements dans leur pratique en raison de la nouveauté.

Moi, je pense que la nouveauté peut nuire. Tant et aussi longtemps que les gens ne l'auront pas appliqué une première fois, ils ne pourront pas vraiment l'apprécier. Le fait de le vivre va nous permettre de mieux apprécier l'outil davantage, je pense surtout pour ceux que la nouveauté fait peur. (D).

5.1.3 Conditions facilitantes

Dans le discours des acteurs clefs, l'une des conditions facilitantes qui émergent c'est la planification de rencontres de supervision et d'échanges. Selon ces derniers, le soutien des pairs par l'entremise de rencontres organisées sur la pratique évaluative est essentiel pour faciliter l'appropriation. « *C'est important que ce soit resouligné, réabordé par le biais d'autres animations, d'autres journées de formation, d'échanges ou de supervision entre nous dans l'équipe. Des journées sont planifiées pour ça.* » (R). D'autres mentionnent l'importance d'apporter un soutien plus individualisé pour favoriser l'appropriation en se référant à des psychoéducateurs responsables du volet pratique en évaluation.

J'ai des psychoéducatrices qui ont un volet-conseil dans mon service, c'est sur celles-là que je compte, quand elles font du conseil auprès des autres [...] je pense que c'est une des très bonnes conditions qu'on a en place pour s'assurer que les gens utilisent les outils [...] s'ils ont des questions, ces psychoed de façon plus pointue pourront apporter le support. (D).

Toujours dans le but de faciliter l'utilisation du protocole, les acteurs clefs abordent l'importance d'effectuer un travail de fond pour informer et sensibiliser les directions d'écoles par rapport aux tâches des psychoéducateurs lorsqu'ils mènent des évaluations. Ainsi, ils souhaitent favoriser les conditions et l'organisation du travail des psychoéducateurs pour qu'ils puissent avoir plus de temps pour les faire.

Il va falloir que j'en parle avec les directions d'école, les gestionnaires, en leur expliquant, dans le fond, les démarches que je veux qu'ils utilisent pour s'assurer qu'il y ait un espace-temps pour pouvoir réfléchir, puis utiliser les outils. Donc, ça prend une organisation facilitante parce que c'est sûr qu'en temps de coupure, ce n'est pas évident. (D).

Enfin, certains acteurs clefs évoquent l'importance de former tous les psychoéducateurs de leur équipe à l'utilisation du protocole pour faciliter l'appropriation. « *Le fait que ce n'est pas tout le monde qui l'a reçu. Je pense que si l'ensemble de mon équipe était formé, ça faciliterait le*

tout. » (D). Somme toute, les parties prenantes parlent d'instaurer une démarche d'équipe, d'uniformiser la pratique, de parler le même langage technique dans le but de produire des rapports d'évaluation basés sur une approche commune. Pour ce faire, on mentionne l'arrimage de cette procédure à des programmes déjà en place. On explique que l'uniformisation et la généralisation de la démarche amèneraient un certain effet d'entraînement entre les pairs. Effet qui, pour certains, pourrait générer une forme de pouvoir pour éventuellement penser à générer des changements dans l'organisation du travail.

Bien nous, cette pratique-là, on veut l'officialiser davantage. On a à émettre des rapports, mais on aimerait ça que nos rapports soient appuyés par une évaluation de ce genre-là [...] l'utiliser de façon plus systématique, puis de voir à l'arrimer avec différents programmes qu'on offre aux différents services que la commission scolaire [...] afin d'avoir une démarche commune, comme ça si on fait toute la même affaire ça devrait nous aider à se faire valoir. (R).

5.2 Les psychoéducateurs

5.2.1 Améliorations et changements dans la pratique des psychoéducateurs

La majorité des psychoéducateurs estime que le protocole va améliorer leur pratique évaluative (95 %) et enrichir leur méthode de travail (94,4 %). Ils évoquent à cet effet qu'il ajoute plus de rigueur à leur pratique. « *Je pense que ça vraiment augmenté mon niveau de rigueur, tu sais on pense qu'on est rigoureux, mais ça exige un niveau de rigueur supplémentaire, on est moins dans l'essai-erreur.* » (FP). On parle aussi d'un élargissement de l'investigation, d'objectivation à l'aide d'instruments de mesure et de l'adoption d'une vision beaucoup plus globale qu'autrefois, laquelle était souvent centrée uniquement sur l'observation du comportement. « *C'est bien plus global. Avant on pouvait ressortir certaines choses selon nos observations, mais c'est certain qu'en utilisant ces inventaires-là plus complets, c'est sûr qu'on voit des choses qu'on n'avait pas nécessairement cernées comme tel dans l'observation.* » (FP). Plusieurs psychoéducateurs

s'entendent pour dire que le protocole les a amenés à faire une prise de conscience par rapport à leur pratique évaluative et de son importance pour la planification des interventions. Certains ont mentionné avoir réalisé qu'ils devaient se mettre à niveau en remettant en question la place que l'évaluation devait prendre dans leur pratique en général.

On a eu une méchante prise de conscience où on s'est rendu compte qu'on avait des croûtes à manger. On est allé voir ce que l'Ordre demandait de faire. Et ça nous a amenés à se mettre à niveau et pousser davantage notre pratique en ce sens, à aller plus loin de ce qu'on faisait. Ça été un peu le coup de barre de ne plus faire d'évaluation de base et rapide, on s'est rendu compte que l'évaluation n'était pas aussi présente qu'on l'avait imaginé. (FP).

Quelques psychoéducateurs rapportent que le protocole a un impact direct sur la qualité de leur évaluation « *Depuis qu'on a ça, on se fait dire par nos supérieurs que nos rapports sont beaucoup mieux.* » (FP). Certains ajoutent que le protocole donne de la crédibilité à leur pratique et conduit à des interventions efficaces auprès de l'élève. À ce sujet, tous les psychoéducateurs interviewés ($n = 22$) estiment que les évaluations guidées à l'aide du protocole ont des effets positifs sur les élèves.

Regarde, quand mon rapport découle de cette démarche rigoureuse ça, paraît bien au niveau du partenariat DPJ ou santé mentale en pédo [...] même chose si je me rends en cour par exemple, bien ça aussi ça nous donne des allures pas mal plus professionnelles puis je pense qu'au bout du compte quand on fait ça, nos interventions deviennent beaucoup plus efficaces. (FP).

5.2.2 Un référentiel sécurisant

Bon nombre de psychoéducateurs s'entendent pour dire que le protocole leur apporte un sentiment de sécurité et qu'il s'avère un outil de référence. Entre autres, certains rapportent que celui-ci est sécurisant du fait qu'il valide et confirme ce qu'ils faisaient initialement lors d'évaluation. « *Ça me sécurise, ça l'a mis des mots sur ce que je fais et ça vient appuyer dans le fond qu'on n'était pas trop dans le champ.* » (FP). D'autres psychoéducateurs indiquent qu'il est

sécurisant d'avoir sous la main le protocole pour s'y référer au besoin particulièrement pour les éléments de théorie. Dans le même sens, les psychoéducateurs mentionnent l'utilité d'y recourir pour puiser des outils ou des techniques lorsqu'ils sont à court de moyens ou dans une impasse. À ce sujet, plusieurs psychoéducateurs rapportent utiliser des outils du protocole en les adaptant à la réalité de leur besoin, de leur pratique ou de situations particulières. *« Ça me met en confiance d'avoir le guide. Je vais piger ce qui me manque quand j'ai besoin. J'adapte des choses, car c'est pas toujours pertinent dépendamment des cas. Au moins tout est à la même place. »* (FP). Le sentiment de sécurité d'une majorité de psychoéducateurs se révèle aussi par le fait d'avoir une impression de ne rien oublier ou d'avoir tout considéré au terme de l'exercice. *« Moi j'ai comme besoin de ça, c'est sécurisant, ça me donne une assurance d'avoir fait le tour sans passer à côté de quelque chose et ça fait vraiment professionnel. »* (FP). Cette impression sécurisante émerge aussi chez plusieurs psychoéducateurs alors que le protocole vient organiser, structurer et guider leur démarche d'évaluation.

5.2.3 Organisation et structuration du travail

Les psychoéducateurs sont unanimes sur les bénéfices que le protocole peut apporter sur l'organisation de leur travail d'évaluation. La plupart évoquent le bon côté d'avoir ce cadre qui leur permet de mieux structurer leur démarche et de la séquencer dans un ordre logique. *« Ça l'amène un ordre de choses à faire qui nous évite de faire des faux pas ou de prendre une mauvaise direction et éviter de s'égarer. Avec une structure comme ça tu peux pas te tromper. »* (HP). Selon plusieurs psychoéducateurs cette structure faciliterait leur travail en général, la prise de bonnes décisions quant aux actions et stratégies à prendre afin de documenter l'essentiel pour la compréhension d'une problématique. *« C'est au niveau de la structure, ça nous donne des balises. Tu sais, pas tout faire, mais juste cibler ce qui est important pour décider ce qu'il faut aller recueillir comme informations et en lien avec le problème. »* (FP). Pour certains, cette

structure leur permettrait d'être plus efficaces. En effet, les différents répertoires surtout ceux qui présentent les instruments de mesure associés aux facteurs de risque sont, selon les psychoéducateurs, aidants pour faire un travail efficace.

À court terme c'est sûr, c'est peut-être demandant, mais au lieu de faire le travail trois ou quatre fois à moitié, tu le fais une fois comme du monde et tu sauves en bout de ligne. T'as pas besoin de chercher de midi à 14 heures, ça sauve du temps, avec les tableaux de la page 38-39, le schéma à la 31, d'un coup d'œil on sait où on s'en va. (FP).

Toujours en lien avec l'organisation du travail, plusieurs psychoéducateurs ont mentionné que le protocole les a amenés à utiliser systématiquement l'EFC à tous les niveaux dans leur démarche, et ce, d'emblée, à chaque demande de consultation. Tous les psychoéducateurs ont expérimenté l'EFC proposé au 1^{er} niveau d'évaluation dans le protocole. Pour certains, l'EFC était pratiquée pour la première fois et pour d'autres l'EFC du protocole a permis d'améliorer et de structurer leur méthode initiale.

En scolaire, je crois que c'est ce qui est le plus rapide à utiliser, puis oui c'est l'approche qu'on utilise de toute façon donc ça cadre bien avec ce qu'on faisait déjà un peu n'importe comment. En fait, j'ai réalisé que je faisais ça de l'évaluation fonctionnelle avec le protocole. En tout cas, ça permet de structurer quelque chose que je faisais instinctivement. (HP).

Plus de 85 % des psychoéducateurs affirment que l'EFC est très utile pour comprendre les difficultés comportementales et que les résultats d'une EFC facilitent l'identification de leurs cibles d'intervention. Dans l'ensemble, ils rapportent que la démarche proposée d'EFC dans le protocole est facile et simple à utiliser ce qui permettrait d'augmenter la rapidité et l'efficacité de leurs démarches d'évaluation et la planification des interventions.

Je suis tombé en amour avec ces outils-là, ce que ça fait ça me permet d'aller plus vite dans ma compréhension de la dynamique de l'élève, c'est vraiment complet. Moi, je n'ai pas trouvé ça dur de faire une évaluation de premier niveau et j'étais contente, car j'avais un clef en main qui me permettait de déposer mes observations et celles de

l'enseignant. Ça planifie le processus à venir, ça fait un bon débroussaillage, clarifie les infos recueillies. (FP).

Concernant les outils et les questionnaires pour effectuer la collecte de données en EFC, certains psychoéducateurs ont mentionné ne pas les avoir utilisés intégralement considérant leur exhaustivité. Ils s'en ont plutôt inspirés ou les ont adaptés afin d'utiliser uniquement ce qui leur paraissait pertinent à la situation d'EFC qui se présentait. « *Les formulaires pour la fonction, c'est peut-être un peu long si on le donne directement à l'enseignant, c'est mieux de le faire en entrevue ou prendre les points des questionnaires pour nous guider dans l'entrevue ou observations.* » (FP).

5.2.4 Contraintes à l'utilisation du protocole

Le manque de temps pour appliquer le protocole dans son ensemble est la principale contrainte qui ressort dans le discours des psychoéducateurs. Cette contrainte, aussi soulevée par des parties prenantes, marque plus particulièrement l'application de l'évaluation de 2^e niveau. Quelques raisons sont évoquées par les psychoéducateurs pour expliquer ce manque de temps. D'abord, la réalité de plusieurs psychoéducateurs les amène à couvrir plus d'une école. Dans ce contexte, ils trouvent difficile d'appliquer toutes les facettes d'une évaluation de 2^e niveau à tous les cas qui en nécessiteraient une. Ils doivent donc prioriser les cas extrêmes lorsqu'ils le peuvent.

C'est utile, mais ça demande effectivement du temps ce qu'on n'a pas tout le temps. C'est pas vraiment faisable pour chaque suivi qui en aurait besoin, je pense qu'à moins d'une journée par école parce que j'en ai sept, il faut prioriser pour vraiment s'asseoir pis tout tasser pis se dire je prends du temps pour cet élève-là pour aller plus loin. (FP).

Ensuite, le temps alloué aux psychoéducateurs pour faire leur évaluation serait tributaire du rôle qu'on leur attribue pour cette activité. Selon plusieurs psychoéducateurs, le rôle est plus ou moins défini en ce sens, ce qui leur nuirait pour disposer de conditions optimales pour mener des évaluations approfondies.

Le rôle aussi du psychoed qui est pas toujours bien défini dépendamment des directions et même à la commission scolaire. J'ai quand même cinq directions dépendamment de leur appui et des demandes, c'est sûr que ça demande un temps qu'on n'a pas, qu'on doit imposer et qui est pour le moment n'est pas encore toujours reconnu, le temps d'intervention versus le temps bureau ça fait pas toujours l'affaire. (HP).

Questionné sur leurs conditions de travail en lien avec l'évaluation, 56 % des psychoéducateurs jugent insuffisant le soutien offert par les directions d'école ou la commission scolaire pour faire leur évaluation. Même constat pour les ressources offertes par les directions d'école et la commission scolaire alors que 50 % des psychoéducateurs estiment qu'elles sont insuffisantes.

Quelques psychoéducateurs soulèvent le manque de collaboration comme une contrainte dans l'utilisation du protocole. Étant essentielle, la collaboration avec l'enseignant peut être minée par le fait que ce dernier peut se sentir considéré dans l'équation du trouble de comportement manifesté par l'élève. L'utilisation de certains instruments de mesure en lien avec les pratiques de l'enseignant ou les observations que le psychoéducateur peut faire en classe peuvent être perçues comme une forme d'intrusion. Or, selon certains, questionner l'enseignant sur ces façons de faire peut placer les enseignants dans une position défensive qui altère l'établissement d'un lien collaboratif et son niveau de participation dans le processus d'évaluation.

Le fait que ça soit plus global ça l'amène plus d'investissement et tu sais le questionnaire sur la gestion de classe, bien ça l'a amené des enseignants à réagir beaucoup, les enseignants trouvent parfois difficile que ça soit tu sais plus global, ça peut choquer. (FP).

Dans le même sens que les enseignants, les psychoéducateurs ont mentionné que le manque de collaboration pouvait aussi se manifester du côté des parents. Dans ce contexte, il leur est difficile d'appliquer les recommandations faites dans le protocole qui visent à documenter

certaines variables familiales pouvant être impliquées dans une problématique. Quelques psychoéducateurs expliquent que l'apparition de cette contrainte peut être en lien avec l'ambiguïté du rôle que le psychoéducateur peut avoir avec l'action d'évaluer.

Les parents, ça peut être difficile, tu sais le psychologue on s'attend à ce qu'il envoie des questionnaires pis tout ça, les fois que ça s'est mieux passé c'est les fois que j'ai pris le temps de le faire avec les parents. Ça revient au manque de temps et au rôle du psychoed, il faut clarifier, justifier pourquoi on fait ça. (FP).

5.2.5 Éléments pouvant faciliter l'utilisation du protocole

Les propositions faites par les psychoéducateurs pour faciliter l'utilisation du protocole touchent les principales thématiques qui ont été soulevées comme contraintes. Dans l'ensemble, les psychoéducateurs indiquent qu'il faut arriver à établir une meilleure définition de leur rôle en évaluation en tant que professionnel doté de cette compétence. Certains croient que ce rôle doit être promu auprès des directions d'école et des autres intervenants du milieu scolaire.

Il faut la compréhension de mon rôle par les autres intervenants. La psychoéducatrice c'est des fois comme une autre TES. Bien faire comprendre mon rôle ça ferait que les demandes seraient différentes et on me donnerait plus de temps pour faire les évaluations et les analyses. (FP).

Idéalement, il faudrait donner de l'espace à cette façon de travailler et vendre les résultats de cette façon de travailler là auprès de mes directions. Il faut leur donner des résultats probants de ça aux directions, c'est comme ça que je pourrais plus faire d'évaluation de 2^e niveau. (FP).

D'autres psychoéducateurs pensent que la promotion du rôle en évaluation devrait se faire par l'entremise des équipes de psychoéducateurs, et ce, auprès des commissions scolaires. Ces psychoéducateurs jugent que collectivement, il serait plus facile de faire valoir leur position auprès des dirigeants dans les commissions scolaires. Ils croient que le rôle pourrait être plus facilement reconnu par les directions d'école s'il est reconnu préalablement par la commission scolaire.

Il faut des représentations claires de l'équipe, tu sais auprès de la commission scolaire et leur dire voici nous on a développé ce projet-là [...] et voici ce que ça implique pour les psychoéducateurs [...] du temps et tout ça. Il faut qu'il y ait une représentation, parce que tu sais la représentation individuelle ce n'est pas très gagnant. (HP).

Enfin, quelques psychoéducateurs ont proposé d'ajouter une section au protocole ou un pan de formation qui pourrait les guider dans l'exercice de synthèse des résultats et de formulation d'hypothèses cliniques pour l'évaluation de 2^e niveau. Ils suggèrent d'orienter ces compléments en fonction de ce qui est proposé par l'OPPQ quant à la rédaction de rapport d'évaluation. D'autres psychoéducateurs mentionnent qu'ils auraient aimé avoir une rencontre de suivi après la journée de formation. Selon ces derniers, cette rencontre aurait permis de consolider les acquis faits durant l'expérimentation.

5.2.6 Rôle et identité professionnelle

Plusieurs psychoéducateurs mentionnent que le protocole va favoriser l'établissement d'une meilleure définition de leur rôle en évaluation. Ainsi, à l'aide du protocole, les psychoéducateurs indiquent qu'il sera plus facile de déterminer des balises ou des repères pour définir ou recadrer leur tâche auprès d'instances. En équipe ou individuellement, les psychoéducateurs rapportent qu'ils bénéficient désormais d'un outil qui les aidera à justifier et s'approprier une tâche d'évaluation.

Ça nous aide à voir c'est quoi notre job, puis quand on rencontre un directeur on a déjà en tête ce qu'on doit faire auprès de l'enfant donc c'est beaucoup plus structuré beaucoup plus facile à vendre ce que ce qu'est un psychoéducateur qui fait de l'éval. (FP).

On est plus seul combattant là-dedans, si une direction, ça fait pas son affaire, bien quand ils se parlent bien ils se rendent compte que c'est de même ailleurs, je trouve que c'est facilitant au niveau de la reconnaissance de notre rôle qui peut différer d'une direction à l'autre. Même pour nous, ça nous permet de se retrouver dans tout ça, ça nous permet de se rattacher à quelque chose de concret pour définir une tâche. (FP).

Une partie des psychoéducateurs soulève que le protocole devrait avoir aussi un effet sur leur identité professionnelle en milieu scolaire. Ils estiment que le protocole va leur permettre de mieux se différencier ou se démarquer des autres professionnels ou intervenants qu'ils côtoient, entre autres, avec l'utilisation de l'EFC et la spécificité relative aux troubles du comportement que le protocole incarne vue sous l'angle d'une interaction élève-environnement.

Le protocole vient affirmer notre spécificité qui est les problèmes de comportement, c'est clair. En même temps, ça vient nous donner une fonction supplémentaire qui va devenir peut-être plus actualisée avec ce qui s'en vient, on va être appelé à faire des choses qui sont en lien avec le professionnalisme qu'on est capable de faire comme de l'évaluation. (FP).

Ça répond à un besoin entre autres dans la définition de qui on est, tu sais on a été longtemps comparé au TES et là on fait beaucoup de travail pour nous différencier et là je trouve que ça vient appuyer ce qu'on veut faire, ça vient donner du poids au professionnel qu'on est et qu'on peut être dans nos écoles. (FP).

Je trouve que le protocole est clair pour ce qui nous appartient à nous [...] tout ce qui est en lien avec la fonction du comportement [...] le jeune et son interaction avec l'environnement, ça nous ressemble beaucoup à ce qu'on peut apporter nous les psychoéducateurs par rapport à la psychologue. (FP).

Bien c'est le souhait qu'on avait avec ce protocole en fait qu'il contribue à notre identité [...] c'est un outil qui va rendre encore plus spécifique la profession dans les écoles, ça va amener moins de confusion entre les différents acteurs [...] psychologues et TES. On sait c'est quoi un psy, mais souvent le psychoed ça l'amène encore de la confusion et je trouve que cet outil va nous permettre de définir davantage de façon spécifique notre contribution et notre profession. (FP).

6. Discussion des résultats

Cette étude visait à évaluer l'implantation initiale d'un protocole d'évaluation des troubles du comportement destiné aux psychoéducateurs d'écoles primaires, ainsi que l'activité de formation ayant précédé l'expérimentation du protocole. L'étude a permis de faire ressortir les

contraintes, les conditions favorables à son utilisation, le niveau de faisabilité ainsi que les principales retombées perçues sur la pratique des psychoéducateurs.

Un des premiers constats est la satisfaction générale des participants par rapport à la formation et au matériel fourni lors de celle-ci. La formation a permis aux psychoéducateurs de se mettre à jour, de faire des prises de conscience et de recevoir des outils, des méthodes et des instruments de mesure pour améliorer la rigueur de leur pratique évaluative. Un des faits saillants qui a émergé du discours tant chez les acteurs clés que chez les psychoéducateurs, c'est le sentiment de sécurité que le protocole procure tant sur le plan individuel que dans les équipes de psychoéducateurs.

En effet, le fait de posséder un document de référence qui propose une démarche structurante qui intègre des pratiques de pointe, qui favorise l'organisation et l'uniformisation du travail tout en permettant de réduire l'omission de facteurs impliqués dans la genèse d'un trouble du comportement est sécurisant pour les psychoéducateurs. Le sentiment de sécurité est aussi vécu par le fait que les psychoéducateurs semblent bénéficier d'une structure travail qui s'avère aussi flexible dans son utilisation. En effet, plusieurs psychoéducateurs mentionnent s'y référer pour puiser ce dont ils ont besoin, sans nécessairement tout appliquer, tout en l'adaptant à la situation d'évaluation qui se présente. Ceci est bien en soi, considérant que les théories relatives à la diffusion d'innovation indiquent que celle-ci doit offrir une certaine ouverture à la malléabilité et à l'adaptabilité de la pratique proposée (Rogers, 2003). L'innovation doit offrir la possibilité d'être réinventée, raffinée ou adaptée aux besoins particuliers des adoptants ou à des contextes spécifiques considérant l'imprévisibilité des problèmes ou contraintes qui peuvent survenir en cours d'utilisation. Cet aspect de malléabilité est très important, surtout lorsque l'innovation vise l'amélioration d'une pratique (Greenhalgd, Robert, Bates, Macfarlane et Kyriakidou, 2005). Le protocole revêt d'emblée cette ouverture à l'adaptation. En fait, le psychoéducateur prend

toujours ses propres décisions à chaque étape du protocole. Il fait ce qu'il veut à partir de ce qui lui est proposé d'évaluer en fonction d'un éventail d'outils et de méthodes pour le faire. Bref, il peut faire une utilisation libre du protocole à partir de pistes et de centrations d'évaluation qui peuvent être évaluées à l'aide d'un répertoire d'outils facultatifs et c'est ce que plusieurs psychoéducateurs semblent apprécier.

Pour ce qui est des contraintes à l'utilisation du protocole, on voit émerger dans les propos des acteurs clefs la réticence que certains psychoéducateurs expriment plus particulièrement envers l'utilisation du deuxième niveau d'évaluation. En effet, selon les acteurs clefs, la peur de la nouveauté pourrait freiner certains psychoéducateurs dans leur processus d'appropriation. Cette constatation des acteurs clefs est normale considérant que le taux d'adoption d'une pratique novatrice découle, en partie, du type d'adoptant dans le système social. Certains sont plus précoces et d'autres plus tardifs dans leur processus d'appropriation (Rogers, 2003). Les adoptants tardifs constituent généralement le tiers d'un système. Ils sont plus sceptiques et adopteront la pratique novatrice uniquement lorsque la majorité du système l'aura faite. De plus, dans un système, il y a aussi la présence d'adoptants que Rogers (2003) qualifie de *lambins*. Minoritaires dans les systèmes, les *lambins* sont généralement très résistants au changement et à la nouveauté en ayant une vision très traditionnelle des pratiques. Pour convaincre ces adoptants tardifs, il faut les assurer du succès de l'utilisation du protocole qui est vécu par les adoptants précoces. Dans ce contexte, l'organisation de rencontre de soutien par les pairs, telle que proposée par certains acteurs clefs comme condition facilitante, serait un bon médium pour communiquer les avantages et les résultats de son utilisation.

Aussi mentionnée par les acteurs clefs, la présence de psychoéducateurs en rôle-conseil, qui offrent de la supervision en évaluation et qui, par définition, sont des adoptants précoces, pourrait aussi favoriser la promotion des avantages et les résultats de son utilisation. Dans cet

ordre d'idées, Roure (2000) ainsi que Grennhalg et ses collègues (2005) indiquent que le bon déroulement d'une diffusion d'innovation doit être assuré par des acteurs terrains qui gravitent dans le système. Ces acteurs, communément appelés *champions* sont des personnes clefs dont le rôle consiste essentiellement à supporter et promouvoir le projet novateur en vue d'obtenir son acceptabilité et ultimement son appropriation. Selon Roure (2000), deux caractéristiques clefs des *champions* doivent ressortir du lot, soit leur capacité de pouvoir décisionnel (*leadership*) et leur connaissance de la culture et des rouages de leur milieu. Devant une résistance face à la nouveauté d'un projet novateur, ces caractéristiques du *champion* sont favorables pour sa diffusion dans l'organisation. Enfin, toujours dans l'optique de rallier les adoptants tardifs, des rencontres de suivi animées par les responsables de la recherche auraient sans doute été souhaitables. Telle que suggérée par les psychoéducateurs interrogés, les rencontres de suivi auraient non seulement été bénéfiques pour ce processus d'appropriation, mais aussi pour cristalliser des apprentissages réalisés lors de la formation et de l'expérimentation.

Le manque de temps est la principale contrainte à l'utilisation du protocole, surtout pour l'évaluation de deuxième niveau. Les contraintes de temps seraient principalement liées au manque de reconnaissance du rôle que les psychoéducateurs peuvent jouer en évaluation. Couvrant plusieurs écoles, l'importance accordée au rôle en évaluation peut fluctuer d'une direction à l'autre. Sachant que l'espace-temps qu'une action évaluative peut exiger est considérable, une meilleure définition de ce rôle serait souhaitable afin d'avoir le soutien des décideurs. Cela est d'autant plus important lorsqu'on considère que l'un des facteurs scolaires qui a le plus d'impact sur le succès de l'implantation d'une pratique novatrice est le soutien des unités administratives dans les écoles (Elliott et Mihalic, 2004; Payne, Gottfredson et Gottfredson, 2006). Comme suggéré par certains acteurs clefs, ces derniers ont un travail de sensibilisation à faire auprès des dirigeants pour faire valoir ce rôle. Cette sensibilisation peut

aussi se faire, comme mentionnée par des psychoéducateurs, par des représentations collectives en équipe auprès des dirigeants ou par des représentations individuelles de résultats probants d'évaluations menées à l'aide du protocole auprès des directions d'école. Bref, une vision commune du rôle en évaluation doit émerger entre les différents partis, ce qui peut être difficile lorsqu'on considère qu'il y a des enjeux budgétaires chez les dirigeants. Selon Klein et Harrison (2007), la solution devrait entre autres passer par la négociation et le compromis. Avec le temps, le nouveau contexte de loi en lien avec les actes réservés devrait orienter cette spécificité de l'intervention professionnelle du psychoéducateur (Renou, 2014).

En lien avec la définition du rôle en évaluation, le protocole s'avère, selon plusieurs participants, un document de référence pour aider à établir certaines balises de ce rôle. Ainsi, ces balises devraient aider les psychoéducateurs à se différencier d'autres professionnels, non seulement auprès des décideurs, mais aussi par rapport aux autres professionnels ou intervenants qui œuvrent en milieu scolaire et les parents. Ces balises concernent notamment la spécificité psychoéducative de considérer les troubles du comportement non seulement en considérant les caractéristiques de l'élève, mais aussi celles de son environnement et surtout, l'interaction existant entre ces deux pôles. Cette retombée du protocole arrive à point pour combler une volonté qu'ont les psychoéducateurs à établir leur pratique en accord avec le sens premier de leur identité professionnelle (Renou, 2014). Le protocole pourrait désormais servir de référent identitaire pour ce qui est du psychoéducateur en milieu scolaire. À cet effet, l'EFC semble être la pierre angulaire pour l'établissement d'une de ces balises identitaires. Les résultats de l'étude indiquent que les psychoéducateurs endossent l'utilisation de cette pratique. Faisable et efficiente, l'EFC reste l'aspect du protocole le plus apprécié et, selon certains psychoéducateurs, son appropriation pourrait les aider à se démarquer, entre autres, des psychologues dont le cadre de

référence de pratique en milieu scolaire ne met pas l'emphase sur l'emploi de cette pratique (OPQ, 2007).

L'évaluation d'une implantation initiale d'un programme, mais dans ce cas-ci, d'une pratique novatrice, doit nécessairement viser à faire ressortir ses limites en vue d'y apporter des améliorations (Chen, 2015; Joly, Touchette et Pauzé, 2009; Rollin et Vincent, 2007). Pour l'évaluation de deuxième niveau, plusieurs psychoéducateurs mentionnent rencontrer des difficultés à intégrer l'ensemble des informations collectées dans une synthèse pour la réalisation d'un rapport d'évaluation. Aucune section du protocole n'a été prévue à cet effet. Cette limite sera prise en compte et fera l'objet d'un meilleur arrimage entre le protocole et le Guide d'évaluation psychoéducative de l'OPPQ (2014) qui propose un modèle de rédaction.

7. Conclusion

En se fiant aux étapes de diffusion d'innovation proposées par Rollin et Vincent (2007), la place du protocole est encore à un stade embryonnaire dans le processus d'appropriation des psychoéducateurs scolaires. L'expérimentation du protocole était cruciale dans ce processus et les résultats de cette étude permettront d'apporter certains ajustements pour répondre aux besoins des psychoéducateurs. Somme toute, les résultats de l'expérimentation mettent en lumière les retombés du protocole sur la pratique des psychoéducateurs et sur des aspects de leur identité professionnelle. Il faut toutefois considérer certaines limites de cette étude. En effet, cet échantillon de convenance est uniquement constitué d'adoptants précoces donc, de participants favorables à l'utilisation d'une démarche standardisée. Le point de vue des psychoéducateurs non utilisateurs qui ont assisté aux journées de formation ainsi que celui des utilisateurs qui n'ont pas participé aux entrevues aurait sans doute enrichi le corpus d'analyse. Des avenues de recherche appuyées par des mesures plus objectives seraient éventuellement souhaitables afin d'étudier l'utilité clinique du protocole d'évaluation sur la justesse des hypothèses cliniques, des cibles

d'intervention et finalement sur l'évolution des troubles du comportement des élèves évalués. Enfin, le double rôle du chercheur en tant que développeur et évaluateur de cette pratique novatrice peut constituer un risque de biais dans l'interprétation des données.

Malgré ces quelques limites, il ressort de cette première évaluation d'implantation que le protocole d'évaluation répond à un besoin pour les psychoéducateurs œuvrant en milieu scolaire primaire. Cette évaluation a également permis d'établir que le protocole proposé est relativement facile d'utilisation et qu'il permet aux psychoéducateurs de gagner sur le plan de la rigueur de leur action évaluative et sur leur sentiment de compétence par rapport à celle-ci.

Références

- Achenbach, T. M. (1982). Assessment and taxonomy of children's behavior disorders. Dans B. B. Lahey et A. E. Kazdin (dir.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 5, p. 1-38). New York, NY: Plenum Press.
- Alain, M. (2009). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition de modèle intégrateur. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American psychiatric publishing.
- Batsche, G., Elliott, J., Graden, J. L., Grimes, J., Kovalski, J. F., Prasse, D., Reschly, D. J., Schrag, J. et Tilly, W. D. (2006). *Response to Intervention: Policy considerations and implementation*. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education.
- Bégin, J. Y. (2014). *Évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : protocole pour les psychoéducateurs*. Trois-Rivières, QC : Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bégin, J. Y., Couture, C. et Massé, L. (soumis). Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement faite par les psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec. *Revue de psychoéducation*.
- Betz, A. M. et Fisher, W. W. (2011). Functional analysis: history and methods. Dans W. W. Fisher, C. C. Piazza et H. S. Roanne (dir.), *Handbook of applied behavior analysis* (p. 206-225). New York, NY: Guilford Press.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T. ... Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36-42.

- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle «processus-personne-contexte-temps» dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. Dans R. Tessier et G. M. Tarabulsky (dir.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Chandler, L. K. et Dahlquist, C. M. (2014). *Functional assessment: Strategies to prevent and remediate challenging behavior in school settings* (4^e éd.). New Jersey, NJ: Pearson.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cicchetti, D. et Cohen, D. J. (dir.). (2006). *Developmental psychopathology: Theory and methods* (vol. 1, 2^e éd.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cicchetti, D., et Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. Dans D. Cicchetti et S.L. Toth (dir.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (vol. 2, p. 131-154). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comité patronal de négociation de pour les commissions scolaires francophones. (2011). *Convention collective des enseignants 2010-2015 (annexe XIX)*. Montréal, QC : auteur.
- Côté, S., Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Zoccolillo, M. et Vitaro, F. (2002). Childhood behavioral profiles and adolescent Conduct Disorder: Risk trajectories for boys and girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1086–1094.
- Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives* (4^e éd.). Paris, France: Masson.
- Crone, D. A., Hawken, L. S. et Horner, R. H. (2010). *Responding to problem behavior in schools: The behavior education problem*. New York, NY: Guilford Press.
- Déry, M. et Lapalme, M. (2006). Les filles qui reçoivent des services à l'école primaire pour trouble de comportement. Dans P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles comprendre pour mieux agir* (p. 257-280). Québec, QC : Presse de l'Université du Québec.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2005). Les caractéristiques d'élèves en difficultés de comportement placés en classe spéciale ou intégrés dans la classe ordinaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 28(1-2), 1-23.
- Déry, M., Toupin, J., Verlaan, P. et Lemelin, J. P. (2013). Troubles des conduites chez les filles à l'école primaire: facteurs associés selon le sexe. *Recherches et éducatons*, 9, 11-26.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, QC: McGraw-Hill.
- Dick, D. M., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L. et Rose, K. J. (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 219-229.
- Doctoroff, G. T. et Arnold, D. H. (2004). Parent-rated externalizing behavior in preschoolers: The predictive utility of structured interviews, teacher reports, and classroom observations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 813-818.

- Donaldson, S. I. (2007). *Program theory-driven evaluation science: Strategies and applications*. New York, NY: Psychology Press.
- Elliott, D. S. et Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5(1), 47-53.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G. et Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27(2), 291–300.
- Fédération des syndicats de l'enseignement. (2013). *Référentiel pour le personnel enseignant qui intervient auprès des élèves ayant des besoins particuliers, élèves à risque et élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (HDAA)*. Québec, QC : Auteur.
- Fussum, S., Willy-Tore, M., Handegard, B. H. et Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 75-382.
- Gable, K. A. (1996). A critical analysis of functional assessment: Issues for researchers and practitioners. *Behavioral Disorders*, 22(1), 36-40.
- Gilliom, M. et Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16(2), 313–333.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F. et Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health services organizations: A systematic literature review*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Gresham, F. M. (2007). Response to intervention and emotional and behavioral disorders: Best practices in assessment for intervention. *Assessment for Effective Intervention*, 32(4), 214-222.
- Hammarberg, A. et Hagekull, B. (2006). Changes in externalizing and internalizing behaviours over a school-year: Differences between 6 years old boys and girls. *Infant and Child Development*, 15(2), 123-137.
- Harrower, J. K., Fox, L., Dunlap, G. et Kincaid, D. (2010). Functional assessment and comprehensive early intervention. *Exceptionality*, 8(3), 189-204.
- Hawley, K. M. et Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62–70.
- Joly, J., Touchette, L. et Pausé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme : une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Kampwirth, T. J. et Power, K. M. (2012). *Collaborative consultation in the schools: Effective practices for students with learning and behaviors problems* (4^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

- Kazdin, A. E. (2008). *Behavior modification in applied settings* (6^e éd.). Long Grove, IL: Waveland Press.
- Keiley, M.K., Lofthouse, N., Bates, J. E., Dodge, K. A. et Pettit, G. S. (2003). Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 267–283.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A. et Pettit, G. S. (2000). Across-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 161–179.
- Kerr, D., Lunkenheimer, E. R. et Olson S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 967–975.
- Klein, J. L. et Harrison, D. (2007). *L'innovation sociale: émergence et effets sur la transformation des sociétés*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Lachar, D. et Gruber, C. P. (2003). Multisource and multidimensional objective assessment of adjustment: The personality inventory for children, second edition; personality inventory for youth and student behavior survey. Dans C. R. Reynolds et R. W. Kamphaus (dir.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (p. 337-367). New York, NY: The Guilford Press.
- Langevin, R. et Guéladé, F. (2010). L'évaluation fonctionnelle du comportement, un modèle rigoureux applicable en milieu scolaire. *Revue de psychoéducation*, 39(1), 45-59.
- Loeber, R., Burke, J. D. Lahey, B. B., Winters, A. et Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loeber, R., et Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 497-523.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Abikoff, H. et Moulton, J. L. (2004). Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: A prospective follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(5), 565–73.
- March, R. E. et Horner, R. H. (2002). Feasibility and contributions of functional behavioral assessment in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(3), 158-170.
- Massé, L. Bégin, J. Y. et Pronovost, J. (2014). L'évaluation psychosociale, la tenue de dossiers et la rédaction du rapport. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p.83-108). Montréal, QC : Gaetan Morin Éditeur.
- Massé, L. Couture, C., Bégin, J. Y. et Levesque, V. (2013). Utilisation du processus d'évaluation fonctionnelle dans un programme d'accompagnement adressé à des enseignants du secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 34(3), 29-50.
- Massé, L. Desbiens, N. et Lanaris, C. (2014). *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.). Montréal, QC : Gaetan Morin Éditeur

- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. et Meltzer, J. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- McConaughy, S. H. et Ritter, D. R. (2014). Best practices in multimethod assessment of emotional and behavioral disorders. Dans P. Harrison et A. Thomas (dir.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (p. 367-390). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- McLaren, E. M. et Nelson, M. (2009). Using functional behavior assessment to develop behavior interventions for students in Head Start. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11(1), 3-21.
- Merrell, K. W. et Dombeyer, A. C. (1996). An evaluation of gender differences in self-reported internalizing symptoms of elementary-age children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 14(3), 196-207.
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Messer, J., Goodman, R., Rowe, R., Meltzer, H. et Maughan, B. (2006). Preadolescent conduct problems in girls and boys. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 184-191.
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2015). *Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire : l'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2004). *Le plan d'intervention, au service de la réussite de l'élève : cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- National resource center on ADHD. (2009). *ADHD and coexisting disorders*. Lanham, MD: auteur.
- Nelson, J. R., Babyak, A., Gonzalez, J. et Benner, G. J. (2003). An investigation of problem behaviors exhibited by K-12 students with emotional or behavioral disorders in public school settings. *Behavioral Disorders*, 28(4), 348-359.
- Nelson, R. O. et Hayes, S. C. (1981). Nature of behavioral assessment. Dans M. Hersen et A. S. Bellack (dir.), *Behavioral assessment: A practical approach* (p.3-37). New York, NY: Pergamon.
- Ogders, C., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sea, M. R., Thomson, W. M., et Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20(2), 673-716.

- Office des professions du Québec. (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif*. Québec, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : lignes directrices*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychologues du Québec. (2007). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en milieu scolaire*. Montréal, QC : Auteur.
- Payne, A. A., Gottfredson, D. C. et Gottfredson, G. D. (2006). School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention programs: Results from a national study. *Prevention Science*, 7(2), 225-237.
- Paquette, G., Joly, J. et Tourigny, M. (2010). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : une mesure par observation systématique. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 24(2), 57-79.
- Pardini, D. A. et Fite, P. J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder and callous-unemotional traits as unique predictor of psychosocial maladjustment in boys: Advancing and evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1134-1144.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. S et Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.
- Qualitative Solution and Research (QSR International). (2012). *NVivo (version 10.0)*. Duncaster, Australie: Auteur.
- Ramtekhar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A. et Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228.
- Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs : une analyse, une conception, une histoire*. Longueuil, QC: Béliveau Éditeur.
- Rogers, M. E. (2003). *Diffusion of innovations* (5^e éd.). New York, NY: Free Press.
- Rollin, J. et Vincent, V. (2007). *Acteur et processus d'innovation sociale au Québec*. Québec, QC : Réseau Québécois en Innovation Sociale.
- Roure, L. (2000). Les caractéristiques des champions: déterminants et incidence sur le succès des innovations. *Recherche et application en marketing*, 15(2), 3-19.
- Rutter, M., Caspi, A. et Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1092-1115.
- Shapiro, E. S. et Kratochwill, T. R. (2000). Introduction: Conducting a multidimensional behavioral assessment. Dans E. S. Shapiro et T. R. Kratochwill (dir.), *Conducting school-*

based assessments of child and adolescent behavior (p. 1-20). New York, NY: The Guilford Press.

- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J. Pickles, A., Murray, R. et Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Somersalo, H., Solantaus, T. et Almqvist, F. (1999). Four-year course of teacher-reported internalizing, externalizing and comorbid syndromes in preadolescent children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), 89-97.
- Steege, M. W. et Scheib, M. A. (2014). Best practices in conducting functional behavioral assessment. Dans P. Harrison et A. Thomas (dir.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (p. 273-286). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- Steege, M. W. et Watson, S. (2009). *Conducting school-based functional behavioral assessments: A practitioner's guide* (2^e éd.). New York, NY: The Guilford Press.
- Sugai, G., Lewis-Palmer, T. et Hagan-Burke, S. (2000). Overview of the functional behavioral assessment process. *Exceptionality*, 8(3), 149–160.
- Toth, S. L. et Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of discipline of developmental psychopathology. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(2), 95-104.
- Turcotte, D., Dufour, I. F. et Saint-Jacques M. C. (2009). Les apports de la recherche qualitative en évaluation de programme. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Van Lier, P. A. C., Van Der Ende, J., Koot, H. M. et Verhulst, F. C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 601–608.
- Whittinger, N. S., Langley, K., Fowler, T. A., Thomas, H. V. et Thapar, A. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 179-187.
- Woods-Groves, S. et Hendrickson, J. M. (2012). The role of assessment in informing our decision-making process. *Assessment for Effective Intervention*, 38(1), 3-5.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. et Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.

Chapitre V
Discussion

Le prochain chapitre aborde les résultats obtenus dans le cadre des deux études menées pour la réalisation de cette thèse dont les finalités visaient l'élaboration et l'expérimentation d'un protocole d'évaluation des troubles du comportement pour les psychoéducateurs d'école primaire. Plus particulièrement, la discussion des résultats s'articulera autour de trois thématiques : 1) la pratique évaluative des psychoéducateurs; 2) la diffusion de pratiques novatrices et 3) l'identité professionnelle des psychoéducateurs. Ce chapitre de discussion sera conclu par la présentation des limites des études ainsi que par des propositions de pistes de recherches futures dans le domaine de l'évaluation psychoéducative des troubles du comportement à l'école primaire.

La pratique évaluative des psychoéducateurs

Le premier objectif de la thèse visait à dresser un portrait de la pratique des psychoéducateurs lorsqu'ils mènent des évaluations pour des élèves présentant des troubles du comportement à l'école primaire, le tout en prenant soin d'étudier les différences possibles selon certaines variables sociodémographiques (niveau de scolarité et la région d'appartenance du psychoéducateur). À la lumière des résultats de la première étude, on constate que la plupart des psychoéducateurs effectuent leurs évaluations d'une façon qui s'approche des recommandations de pratique émises dans le domaine de l'évaluation des troubles du comportement en milieu scolaire et que, somme toute, cette pratique est relativement homogène, si l'on considère le niveau de scolarité

et la région d'appartenance des psychoéducateurs. Ces recommandations de pratique proviennent essentiellement de la psychologie scolaire, discipline considérée comme pionnière dans ce domaine (Fagan, 2004).

Lorsqu'on s'attarde aux cadres théoriques sur lesquels les psychoéducateurs s'appuient pour mener leurs évaluations, les résultats de la première étude démontrent qu'ils sont très similaires à ceux employés par les psychologues scolaires américains dans l'étude de Shapiro et Heick (2004). Tout comme la grande proportion des psychologues de cette étude américaine, les psychoéducateurs semblent éclectiques dans leur approche avec en moyenne trois cadres théoriques préconisés. Il reste que l'orientation théorique la plus utilisée tant chez les psychologues scolaires que chez les psychoéducateurs est l'approche cognitivo-comportementale.

L'une des principales recommandations des experts concerne l'utilisation de plusieurs méthodes de collectes de données auprès de plusieurs répondants dans une démarche d'évaluation (Gresham, 2007; McConaughy & Ritter, 2014; Shapiro & Kratochwill, 2000). À cet effet, les résultats de notre première étude démontrent que les psychoéducateurs combinent, lorsqu'ils font des évaluations, plusieurs méthodes de collecte de données directes (observation) et indirectes (entrevue, instruments de mesure), et ce, auprès d'un ensemble des répondants significatifs qui peuvent graviter autour de l'élève. Cette constatation se manifeste indépendamment du niveau de scolarité ou de la région d'appartenance des psychoéducateurs.

Lorsque l'on analyse plus précisément ce que font les psychoéducateurs, on remarque que ces derniers utilisent la consultation des dossiers antérieurs et l'entrevue comme méthode de collecte de données, et ce, plus fréquemment que les instruments de mesure et l'observation. De plus, les psychoéducateurs considèrent les instruments de mesure comme étant moins utiles que l'observation et l'entrevue pour la démarche d'évaluation. Cette tendance de pratique diverge en partie de ce que les psychologues scolaires privilégient comme méthode de collecte de données. En effet, chez ces derniers, les échelles d'évaluation, les tests d'intelligence et les questionnaires sont les méthodes les plus souvent employées devant l'entrevue et l'observation (Shapiro & Heick, 2004). Cette différence de pratique permet de bien distinguer les psychoéducateurs des psychologues scolaires dans leur façon de faire qui découle peut-être de leur pratique traditionnelle d'intervention directe.

On constate que l'entrevue occupe une place importante parmi les méthodes privilégiées pour collecter des données chez les psychoéducateurs. Chez les psychologues scolaires, l'entrevue occupe sensiblement la même importance dans leur démarche (Shapiro & Heick, 2004). Toutefois, on note une différence entre les deux disciplines quant au choix des répondants sollicités pour les entrevues. En fait, les psychoéducateurs interviewent davantage les adultes (parents et enseignants) qui gravitent autour de l'élève alors que les psychologues scolaires qui ont participé à l'étude de Shapiro et Heick (2004) interrogent plus souvent l'élève lorsqu'ils mènent des entrevues. Cette différence doit être nuancée par le fait que la centration d'évaluation

des psychoéducateurs et des psychologues scolaires n'est pas tout à fait la même. De fait, le mandat de ces derniers est associé à l'évaluation psychologique qui implique souvent une évaluation cognitive ou intellectuelle nécessitant un contact direct avec l'élève (OPQ, 2007), alors que la centration des psychoéducateurs est sur la qualité de l'adaptation, ce qui nécessite de bien évaluer les caractéristiques du milieu en plus de celles de l'élève. Par ailleurs, à l'école primaire, le choix d'interroger l'élève peut dépendre de son âge chronologique et mental. C'est donc possiblement pour des raisons d'âge et de maturation cognitive que les élèves du primaire ne sont pas d'emblée interrogés par les psychoéducateurs. Il reste qu'en regard des résultats de l'étude de Shapiro et Heick (2004) et ceux de notre étude, les psychologues scolaires ainsi que les psychoéducateurs jugent que l'enseignant et l'élève sont les répondants les plus accessibles pour l'entrevue.

Un des résultats intéressants de la première étude concerne le fait que les psychoéducateurs utilisent plus fréquemment les instruments de mesure que l'observation participante dans leur démarche d'évaluation. Ces résultats quantitatifs sont étonnants, d'une part parce que les psychoéducateurs jugent l'utilité des instruments de mesure comme étant l'une des méthodes de collecte de données la moins pertinente et d'autre part, parce que ces résultats divergent de ce qui a émergé des propos des psychoéducateurs lors des entretiens qualitatifs. En effet, les psychoéducateurs interrogés accordaient une place inconditionnelle à l'observation alors que certains avaient des propos mitigés quant à l'utilisation d'instrument de mesure. Ces divergences

témoignent possiblement d'un changement qui s'opère dans le rôle des psychoéducateurs en lien avec l'évaluation et qui pourrait s'expliquer par deux facteurs. En premier lieu, la pénurie de psychologues dans les écoles amène de plus en plus de psychoéducateurs à combler le rôle professionnel qui était auparavant occupé par les psychologues et à réaliser des tâches d'évaluation qui leur revenaient jadis (Renou, 2014). Bien que l'objet des évaluations normatives ne soit pas exactement le même, dans ce nouveau contexte professionnel, les psychoéducateurs peuvent être de plus en plus sollicités pour en faire. Par ailleurs, les exigences du MELS (2007) pour la déclaration des effectifs et le nouveau contexte législatif font appel à l'utilisation d'instruments de mesure normés et standardisés. On note à ce sujet que les psychoéducateurs qui ont participé à notre étude utilisent en moyenne sept instruments de mesure dans leur pratique ce qui représente deux instruments de plus que ce qui a été relevé dans l'étude de Joly en 2006 chez les psychoéducateurs scolaires.

Les résultats de la première étude mettent aussi en évidence que les psychoéducateurs utilisent plus ou moins l'EFC dans leur démarche d'évaluation. En effet, lors des entretiens qualitatifs, rien n'a émergé spontanément du discours des psychoéducateurs à ce sujet. De plus, dans le volet quantitatif de l'étude, les résultats indiquent qu'uniquement un faible pourcentage de psychoéducateurs la pratique. Ces résultats devraient toutefois être interprétés avec précaution en raison de la représentation conceptuelle de l'EFC qui n'est peut-être pas tout à fait claire pour les psychoéducateurs. À ce sujet, dans la deuxième étude qui a été effectuée dans le cadre

de cette thèse, après avoir reçu la formation en lien avec cette pratique, quelques psychoéducateurs ont rapporté reconnaître qu'ils faisaient déjà de l'EFC sans la nommer ainsi. Il est donc probable qu'un certain nombre de psychoéducateurs qui ont répondu au questionnaire quantitatif utilisé dans le cadre de la première étude n'avaient pas en tête une définition claire de ce qu'est une EFC, alors qu'ils emploient peut-être des principes qui s'y rattachent dans le cadre de leur pratique.

D'ailleurs, c'est ce que démontre l'étude de Massé, Couture, Bégin et Lévesque (2013) menée sur une démarche d'EFC employée dans le cadre d'un programme d'accompagnement d'enseignants ayant des élèves en TC dans leur classe au secondaire. Dans cette étude, une grande majorité des participants, dont des psychoéducateurs accompagnateurs, rapportent qu'avant de recevoir la formation spécifique du programme sur l'EFC, ils ne maîtrisaient ni le vocabulaire ni les concepts liés à cette pratique, et ce, malgré le fait qu'ils aient reçu des notions de base à ce sujet lors de leur formation initiale à l'université. Tout compte fait, ces constatations renforcent l'idée de promouvoir l'utilisation de l'EFC dans une démarche d'évaluation considérant qu'elle fait l'objet d'un consensus dans la communauté scientifique et d'experts dans le domaine quant à sa pertinence et son efficacité (Betz, Alison, & Fisher, 2011; Gable, 1996; Harrower, Fox, Dunlap, & Kincaid, 2010; March & Horner, 2002; McLaren & Nelson, 2009) et que celle-ci est désormais recommandée par le MEESR (2015) et par l'OPPQ (2012, 2014, 2015). À notre avis, cette méconnaissance de l'EFC témoigne

également qu'une plus grande place devrait lui être allouée dans les programmes de formation initiale des futurs psychoéducateurs.

En s'attardant aux facteurs que les psychoéducateurs considèrent comme des cibles importantes dans une évaluation, on note qu'ils portent prioritairement leur attention sur trois systèmes. Par ordre d'importance, les psychoéducateurs accordent une attention particulière aux caractéristiques de l'élève, aux facteurs de l'environnement scolaire et aux caractéristiques de l'environnement familial. Cet ordre d'importance découle possiblement du degré de difficulté associé à l'évaluation des variables associées à ces différentes sphères. En effet, lorsqu'on questionne les psychoéducateurs sur leur perception de la faisabilité d'évaluer les variables considérées dans ces trois sphères, on constate que celle-ci décroît considérablement d'une sphère à l'autre passant de 61 % pour la sphère de l'élève à 54,9 % pour la sphère scolaire et 15 % pour la sphère familiale. D'ailleurs, la plupart des thématiques soulevées dans les entretiens qualitatifs en lien avec les contraintes associées à l'évaluation relèvent du milieu scolaire (collaboration des enseignants) et de la famille (collaboration des parents). Bien que l'environnement familial semble la sphère la moins investiguée par les psychoéducateurs, il reste que ces derniers, lors des entretiens qualitatifs, mentionnaient accorder une grande importance aux facteurs familiaux dans l'explication des troubles du comportement. Contraints principalement par le mandat de l'école de centrer leurs interventions à l'intérieur de ses murs, ces derniers ne peuvent pas toujours examiner la sphère familiale comme ils le souhaiteraient. Toutefois, on remarque à l'aide d'analyses

statistiques inférentielles que pour certains facteurs familiaux, l'investigation des psychoéducateurs est plus présente en région rurale et que les psychoéducateurs qui détiennent une maîtrise rapportent avoir plus de facilité à les investiguer. Selon ces résultats, il est possible de croire que les psychoéducateurs en région rurale bénéficient d'une plus grande latitude ou autonomie professionnelle pour examiner la sphère familiale que les psychoéducateurs qui œuvrent dans les commissions scolaires de régions urbaines. Il est aussi permis de penser que la plus grande proximité entre les gens en milieu rural facilite l'approche du psychoéducateur auprès des individus qui forment la communauté étant donnée une meilleure connaissance de ces derniers. Considérant l'importance d'évaluer les facteurs familiaux pour avoir une compréhension globale de la genèse des troubles du comportement de l'élève, il serait opportun de systématiser minimalement une rencontre avec les parents lors de la collecte de données. Cette rencontre pourrait, entre autres, faire l'objet d'une entrevue semi-dirigée d'anamnèse. Par ailleurs, une collaboration étroite avec les services sociaux doit être entretenue dans l'optique où une intervention familiale intensive serait nécessaire et qui dépasserait le cadre de ce que peut offrir le milieu scolaire comme service.

L'étude descriptive de la pratique évaluative des psychoéducateurs était nécessaire et préalable à l'atteinte du deuxième objectif de la thèse soit l'élaboration d'un protocole d'évaluation qui tient compte à la fois de la réalité de leur milieu de travail, des recommandations de pratiques dans le domaine, et des connaissances scientifiques en lien avec la genèse des troubles du comportement. La proposition d'un

protocole vise, entre autres, à faciliter la tâche des psychoéducateurs qui, selon les résultats de cette première étude, sont contraints par des manques de temps, de ressources et par une surcharge de travail qui les limitent dans leur opération d'évaluation. On dénote aussi de nombreux besoins en supervision clinique et en formation continue dans les domaines de l'évaluation, de l'utilisation d'instrument de mesure et des troubles du comportement. D'ailleurs, on remarque que le niveau de connaissances en lien avec l'action évaluative peut être variable lorsque l'on considère le niveau de formation universitaire ou le moment où les psychoéducateurs ont suivi leur formation universitaire initiale. Dans ce contexte, il serait souhaitable d'offrir de la formation continue en lien avec la pratique évaluative surtout en région rurale, alors que les psychoéducateurs qui y travaillent en reçoivent significativement moins que ceux des régions urbaines. L'idée de mettre en place des communautés de pratique (Wenger, 2000) en région rurale, après une formation initiale à l'utilisation du protocole, serait aussi intéressante dans ce contexte. L'appropriation de cette procédure novatrice d'évaluation pourrait être facilitée par l'apprentissage social d'une pratique commune, à travers des échanges entre les membres de ces communautés.

Les constats issus de la première étape de cette thèse nous conduisent à la deuxième étape, soit l'élaboration, l'implantation et la diffusion d'une pratique novatrice d'évaluation des troubles du comportement pour les psychoéducateurs œuvrant en milieu scolaire primaire.

Diffuser une pratique novatrice

Répondre aux besoins soulevés par les psychoéducateurs pour mener des évaluations de qualité en milieu scolaire nécessite clairement qu'on se penche sur l'élaboration d'une pratique novatrice telle qu'un protocole d'évaluation. Celui que nous proposons dans cette thèse a été produit en s'inspirant d'écrits sur des recommandations de pratique, de connaissances scientifiques en lien avec le développement des troubles du comportement et à partir de données empiriques qui concernent la réalité de pratique des psychoéducateurs.

Avant de procéder à l'implantation de cette pratique novatrice, il s'avérait essentiel de respecter un certain nombre de conditions proposées par Greenhalg, Robert, Bate, Macfarlane et Kyriakidou (2005) et Roger (2003) pour faciliter son appropriation. D'une part, la pratique novatrice devait être compatible avec la réalité des psychoéducateurs, l'ensemble de leurs valeurs, les normes de pratique et leurs besoins. L'incompatibilité d'une nouvelle idée avec les valeurs et les normes de pratique d'un système social met en péril le processus d'appropriation. Les résultats de la première étude effectuée dans le cadre de cette thèse ont d'ailleurs servi à rendre compte de la réalité des psychoéducateurs de manière à élaborer une pratique novatrice qui est compatible. D'ailleurs, la décision d'organiser le protocole évaluatif en deux niveaux d'évaluation découle directement de la conception qu'ont les psychoéducateurs de la pratique évaluative, soit une pratique qui implique le déploiement de stratégies d'évaluation qui progressent en fonction de l'intensité des problématiques

comportementales. Force est d'admettre que cette conception des psychoéducateurs est aussi compatible avec des normes de pratique telles que le modèle gradué de réponse à l'intervention (RAI, Batsche et al., 2006) et les conceptions relatives aux difficultés d'adaptation d'ordre comportementale du MEESR (2015). Somme toute, nous présumons que cette pratique novatrice s'harmonise avec les valeurs des psychoéducateurs de par la cause commune que partagent ces professionnels qui est de venir en aide d'une manière efficace aux élèves en trouble du comportement, au personnel scolaire et à la famille qui l'entourent.

L'appropriation de la pratique novatrice dépend aussi de ses attributs et de la façon dont elle est perçue par les psychoéducateurs. Elle se devait d'offrir des avantages évidents et tangibles et de proposer une démarche centrée sur l'efficacité et l'efficience. Les avantages que procure cette pratique novatrice sont en lien avec les façons de faire lors des évaluations. L'idée discutée plus haut, d'une évaluation progressive, graduée, modulée par l'intensité des problématiques est en soi un avantage. En effet, la méthode proposée dans le protocole est constituée d'étapes organisées selon la gravité et la persistance des troubles. En fait, l'intensité du travail, le déploiement des efforts et de la logistique sont modulés par des choix que le professionnel fait à chaque étape, et ce, en fonction de l'intensité du problème rencontré par l'élève évalué.

Un autre avantage du protocole est le rapatriement, à l'intérieur d'un seul document, de l'ensemble des meilleures méthodes et outils d'évaluation parmi lesquels

un choix d'utilisation peut être effectué. Considérant le caractère hétérogène et la complexité des problématiques auxquelles peuvent faire face les psychoéducateurs, le protocole a été conçu de manière à faciliter les prises de décision et le jugement clinique, en offrant une analyse différenciée des troubles avec un regard holistique. Le protocole devrait permettre aux psychoéducateurs de scruter rapidement la plupart des facteurs possibles de causes ou de maintien puisqu'ils sont regroupés dans un seul outil de travail. De la sorte, il est possible de penser que le protocole peut offrir l'avantage de réduire l'omission de variables influentes ou le risque d'erreur de procédure tout en augmentant la rigueur et l'efficacité du travail.

Par ailleurs, le protocole facilite l'identification des cibles d'intervention ainsi que leur présentation à l'aide d'un schéma conceptuel. Cet outil facilite grandement la communication des résultats de l'évaluation ce qui peut avoir un impact direct sur la qualité des interventions. En somme, l'implantation et l'expérimentation de cette pratique novatrice deviennent un bon médium pour que ces nombreux avantages associés au protocole soient constatés et observés par les utilisateurs. Ainsi, ces constats permettent de dissiper les incertitudes possibles chez les psychoéducateurs et de faciliter le processus d'appropriation.

La deuxième étude de cette thèse visait d'ailleurs à évaluer l'implantation initiale de cette pratique novatrice de manière à vérifier sa faisabilité sur le terrain et de mettre en lumière ses forces, ses faiblesses afin de l'améliorer et de procéder à une éventuelle

diffusion à plus grande échelle. Les résultats de cette deuxième étude ont permis, entre autres, de relever la satisfaction générale des participants par rapport à la formation qui a été offerte sur le protocole et au matériel fourni lors de celle-ci. La formation a permis aux psychoéducateurs de se mettre à jour, de faire des prises de conscience et de recevoir des outils, des méthodes et des instruments de mesure pour améliorer la rigueur de leur pratique évaluative. Un des faits saillants qui a émergé du discours des participants qui n'avait pas été nécessairement relevé dans les avantages que nous avions prévus avant la phase d'expérimentation, c'est le sentiment de sécurité que le protocole procure tant sur le plan individuel que dans les équipes de psychoéducateurs.

En effet, le fait de posséder un document de référence qui propose une démarche structurante qui intègre des pratiques de pointe, qui favorise l'organisation et l'uniformisation du travail tout en permettant de réduire l'omission de facteurs impliqués dans la genèse d'un trouble du comportement est sécurisant, selon les psychoéducateurs. Le sentiment de sécurité est aussi entraîné par le fait que les psychoéducateurs semblent bénéficier d'une structure de travail qui s'avère aussi flexible dans son utilisation. En effet, plusieurs psychoéducateurs mentionnent s'y référer pour puiser ce dont ils ont besoin sans nécessairement tout appliquer intégralement, et en l'adaptant à la situation d'évaluation qui se présente à eux. Ceci est une bonne chose en soi, considérant que les théories relatives à la diffusion d'innovation indiquent que celle-ci doit offrir une certaine ouverture à la malléabilité et à l'adaptabilité de la pratique proposée lors d'une phase d'expérimentation (Rogers, 2003). La pratique novatrice doit offrir la possibilité

d'être réinventée, raffinée ou adaptée aux besoins particuliers des adoptants ou à des contextes spécifiques considérant l'imprévisibilité des problèmes ou contraintes qui peuvent survenir en cours d'utilisation. Cet aspect de malléabilité est très important, surtout lorsque l'idée novatrice vise l'amélioration d'une pratique (Greenhalgd et al., 2005). Le protocole revêt d'emblée cette ouverture à l'adaptation. En fait, le psychoéducateur prend toujours ses propres décisions à chaque étape du protocole. Il peut faire ce qu'il veut à partir de ce qui lui est proposé d'évaluer en fonction d'un éventail d'outils et de méthodes pour le faire. Bref, il peut faire une utilisation libre du protocole à partir de pistes et de centrations d'évaluation qui peuvent être évaluées à l'aide d'un répertoire d'outils facultatifs et c'est ce que plusieurs psychoéducateurs semblent apprécier.

Cette étude d'implantation initiale a aussi permis de faire ressortir les contraintes à l'utilisation du protocole. Entre autres, les résultats démontrent la réticence que certains psychoéducateurs exhibent plus particulièrement envers l'utilisation du deuxième niveau d'évaluation. En effet, la peur de la nouveauté pourrait freiner certains psychoéducateurs dans leur processus d'appropriation. Cette constatation est normale considérant que le taux d'adoption d'une pratique novatrice découle, en partie, du type d'adoptant dans le système social. Certains sont plus précoces et d'autres plus tardifs dans leur processus d'appropriation (Rogers, 2003). Les adoptants tardifs constituent généralement le tiers d'un système. Ils sont plus sceptiques et adopteront la pratique novatrice uniquement lorsque la majorité du système l'aura faite. De plus, dans un

système, il y a aussi la présence d'adoptants que Rogers (2003) qualifie de *lambins*. Minoritaires dans les systèmes, les *lambins* sont généralement très résistants au changement et à la nouveauté en ayant une vision très traditionnelle des pratiques. Pour convaincre ces adoptants tardifs, il faut les assurer du succès, des avantages et des bénéfices que l'utilisation du protocole peut procurer et qui sont vécus par les adoptants précoces durant l'expérimentation.

Dans ce contexte, l'organisation de rencontres de soutien par les pairs, telle que proposée par certains psychoéducateurs lors des entretiens qualitatifs comme condition facilitante, serait un bon médium pour communiquer les avantages et les résultats de son utilisation. Aussi mentionnée, la présence de psychoéducateurs en rôle-conseil, qui offrent de la supervision en évaluation et qui, par définition, sont des adoptants précoces, pourrait aussi favoriser la promotion des avantages et les résultats de son utilisation. Dans cet ordre d'idées, Roure (2000) ainsi que Greenhalg et ses collègues (2005) indiquent que le bon déroulement d'une diffusion d'innovation doit être assuré par des acteurs terrains qui gravitent dans le système. Ces acteurs communément appelés *champions* sont des personnes clés dont le rôle consiste essentiellement à supporter et promouvoir le projet novateur en vue d'obtenir son acceptabilité et ultimement, son appropriation. Selon Roure (2000), deux caractéristiques clés des *champions* doivent ressortir du lot, soit leur capacité de pouvoir décisionnel (leadership) et leur connaissance de la culture et des rouages de leur milieu. Devant une résistance face à la nouveauté d'un projet novateur, ces caractéristiques du *champion* sont favorables pour

sa diffusion dans l'organisation. Enfin, toujours dans l'optique de rallier les adoptants tardifs, des rencontres de suivi animées par les responsables de la recherche auraient sans doute été souhaitables. Tel que suggérée par les psychoéducateurs interrogés, les rencontres de suivi auraient non seulement été bénéfiques pour ce processus d'appropriation, mais aussi pour consolider des apprentissages faits lors de la formation et de l'expérimentation.

L'évaluation d'une implantation initiale d'un programme d'un point de vue formatif, mais dans ce cas-ci, d'une pratique novatrice, doit nécessairement viser à faire ressortir ses limites en vue d'y apporter des améliorations (Chen, 2015; Joly, Touchette, & Pauzé, 2009; Rollin & Vincent, 2007). Pour l'évaluation de deuxième niveau, plusieurs psychoéducateurs mentionnent rencontrer des difficultés à intégrer l'ensemble des informations collectées dans une synthèse menant à la réalisation d'un rapport d'évaluation. Aucune section du protocole n'a effectivement été prévue à cet effet. Cette limite sera prise en compte et la prochaine version du protocole proposera un meilleur arrimage entre le protocole et le Guide d'évaluation psychoéducative de l'OPPQ (2014) qui suggère un modèle de rédaction.

Finalement, notons que le manque de temps demeure la principale contrainte mentionnée par les psychoéducateurs, et ce, spécialement lorsque vient le moment d'effectuer une évaluation de deuxième niveau. Généralisé et relevé dans les deux études qui composent cette thèse, ce manque de temps peut être causé par une surcharge de

travail qui elle, découlerait d'enjeux identitaires professionnels ou d'un rôle professionnel en évaluation qui peut être plus ou moins bien défini. Il sera question de cet aspect dans les sections suivantes de cette discussion.

Identité professionnelle et rôle des psychoéducateurs en évaluation

Les résultats des deux études menées dans le cadre de cette thèse sont éloquentes en ce qui concerne le manque de temps dont disposent les psychoéducateurs en milieu scolaire primaire pour effectuer d'une manière générale de l'évaluation ou pour faire des évaluations approfondies telles que proposées au deuxième niveau dans le protocole. Selon les psychoéducateurs, les contraintes de temps seraient principalement liées au manque de reconnaissance du rôle que les psychoéducateurs peuvent jouer en évaluation des élèves qui présentent des troubles du comportement. Couvrant plusieurs écoles, ce rôle en évaluation peut être changeant d'une direction à l'autre. Sachant que l'espace-temps qu'une action évaluative peut exiger est considérable, une meilleure définition de ce rôle et de son importance serait souhaitable afin d'obtenir le soutien des décideurs. Cela paraît d'autant plus important lorsqu'on considère que l'un des facteurs du monde scolaire qui a le plus d'impact sur le succès de l'implantation d'une pratique novatrice est le soutien des unités administratives dans les écoles (Elliott & Mihalic, 2004; Payne, Gottfredson & Gottfredson, 2006).

Tel que suggéré par certains acteurs clefs dans l'étude d'implantation initiale du protocole, les personnes qui occupent les postes de coordonnateurs des services

professionnels ou de conseillers cliniques ont un travail important de sensibilisation à faire auprès des gestionnaires pour faire valoir ce rôle. Cette sensibilisation peut aussi être réalisée, comme mentionnée par des psychoéducateurs, au moyen de représentations collectives en équipe auprès des gestionnaires ou par des représentations individuelles de résultats probants d'évaluations menées à l'aide du protocole auprès des directions d'école. Bref, une vision commune du rôle d'évaluateur du psychoéducateur doit émerger entre les différents partis. Il est évident que cette opération peut être plus difficile dans un contexte où les aspects budgétaires sont des enjeux très importants chez les gestionnaires. Selon Klein et Harrison (2007), la solution devrait entre autres passer par la négociation et le compromis. Avec le temps, le nouveau contexte de loi en lien avec les actes réservés devrait orienter cette spécificité de l'intervention professionnelle du psychoéducateur, et espérons-le, assouplir ces luttes de pouvoir (Renou, 2014).

En lien avec la définition du rôle d'évaluateur du psychoéducateur, le protocole s'avère, selon plusieurs participants de l'étude d'implantation initiale, un document de référence pour aider à établir certaines balises de ce rôle. Ainsi, ces balises devraient aider les psychoéducateurs à se positionner, non seulement auprès des décideurs, mais aussi par rapport aux autres professionnels ou intervenants qui œuvrent en milieu scolaire et auprès des parents. Ces balises concernent notamment une spécificité pour les troubles du comportement et leur prise en compte autant en fonction de l'élève, de son environnement et de l'interaction entre ces derniers. Cette retombée du protocole arrive à point pour combler une volonté qu'ont les psychoéducateurs d'établir leur pratique en

accord avec le sens premier de leur identité professionnelle (Renou, 2014). Le protocole pourrait donc désormais servir de référent identitaire aux psychoéducateurs œuvrant en milieu scolaire. À cet effet, l'EFC semble être la pierre angulaire pour l'établissement d'une de ces balises identitaires. Les résultats de l'étude d'implantation initiale du protocole indiquent en effet que les psychoéducateurs endossent largement l'utilisation de cette pratique. Faisable et efficiente, l'EFC reste l'aspect du protocole le plus apprécié et, selon certains psychoéducateurs, son appropriation pourrait les aider à se démarquer, entre autres, des psychologues dont le cadre de référence de pratique en milieu scolaire ne met pas l'emphase sur l'emploi de cette pratique (OPQ, 2007).

Limites des études et pistes de recherches futures

Les limites de la première étude concernent principalement l'échantillon qui est de convenance et de petite taille sur le plan quantitatif. Malgré qu'il soit constitué de psychoéducateurs des quatre coins du Québec, le nombre de psychoéducateurs pour chacune des régions ne peut pas être considéré comme étant représentatif. D'autre part, l'animation des entrevues et des groupes de discussion a été réalisée par le chercheur principal. Dans ce contexte, les propos des participants peuvent avoir été influencés par les attentes du chercheur. D'ailleurs, les résultats de cette étude se basent uniquement sur la perception des participants. Des pistes de recherches futures dans ce domaine pourraient être menées en collectant des données directes sur le terrain, par observation systématique des pratiques ou tirées des dossiers afin d'obtenir un éclairage plus objectif de la pratique des psychoéducateurs.

L'une des principales limites de la deuxième étude concerne aussi le caractère non aléatoire de l'échantillon, qui a été recruté par convenance. Cet échantillon est uniquement constitué d'adoptants précoces donc, de psychoéducateurs favorables à l'utilisation d'une démarche standardisée. Le point de vue des psychoéducateurs non utilisateurs qui ont assisté aux journées de formation ainsi que celui des utilisateurs qui n'ont pas participé aux entrevues aurait sans doute enrichi le corpus d'analyse. Dans une étape ultérieure à cette étude, il serait fort souhaitable que des devis de recherche utilisant des méthodes de collecte de données plus objectives soient développés afin d'étudier l'utilité et l'efficacité clinique du protocole quant à son impact sur l'adéquation des hypothèses cliniques et les cibles d'intervention, ainsi que sur l'évolution comportementale des élèves évalués.

Sur le plan qualitatif, dans les deux études, aucune analyse comparative des corpus n'a été faite sur la base de critères sociodémographiques. Des analyses secondaires en ce sens pourraient être intéressantes. Effectivement, la comparaison du discours des psychoéducateurs par rapport à leur région d'appartenance (rurale ou urbaine) ou leur niveau de formation (baccalauréat ou maîtrise) pourrait apporter un tout autre éclairage concernant les besoins, les contraintes ou le rôle du psychoéducateur en évaluation. D'ailleurs, on n'a qu'à penser aux différentes perceptions du rôle en évaluation que les psychoéducateurs pourraient avoir en fonction de la situation géographique des commissions scolaires dans laquelle ils pratiquent. Bref, le statut

professionnel dont les psychoéducateurs bénéficient d'une commission scolaire à l'autre peut différer donc par le fait même influencer la perception de leur rôle en évaluation.

Issues et perspectives d'avenir pour le protocole

L'étude de l'implantation initiale du protocole a permis de faire ressortir les contraintes, les conditions favorables à son utilisation, le niveau de faisabilité ainsi que les principales retombées perçues sur la pratique des psychoéducateurs. La suite logique de cette implantation initiale serait l'évaluation de ses effets (Chen, 2015; Donaldson, 2007).

Bien que le protocole, du point vu des psychoéducateurs, amène son lot d'avantages sur leur pratique, nous n'avons pas de données probantes sur son utilité clinique réelle et sur son impact sur l'évolution des élèves TC. D'ailleurs, il est surprenant de constater que peu de données probantes soutiennent l'utilité clinique d'une évaluation systématique sur l'impact de l'intervention qui en découle (Braden et Kratochwill, 1997; Garland, Kruse et Aarons, 2003; Happell, 2008; Macdonald et Trauer, 2010; Nelson-Gray, 2003). Alors que l'évaluation est considérée indispensable à la qualité des interventions, une question subsiste quant à son réel impact sur les comportements des élèves évalués. La mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des effets est susceptible de recueillir suffisamment de preuves pour éventuellement considérer cette pratique comme innovante et engager sa diffusion à une plus grande échelle.

Pour y arriver, la systématisation de certaines actions devra être prescrite. Entre autres, l'utilisation systématique d'instruments de mesure, la conduite d'entrevues dirigées avec les parents, ou la considération de cibles minimales d'évaluation (facteurs de risque spécifiques) pourraient être prescrites. Cette stratégie de systématisation s'inscrit dans une approche de routine d'évaluation (routine outcome measurement). Issus de la pratique clinique en psychiatrie, les protocoles qui impliquent une routine d'évaluation ont été développés, entre autres, pour évaluer l'efficacité des services offerts et pour améliorer ces derniers (Macdonald et Fugard, 2015; Roe, Gelkopf, Isolde-Gornemann, Baloush-Kleinman et Shami, 2015). En assurant une systématisation dans la procédure proposée dans le protocole, il sera possible d'évaluer son impact sur la justesse des hypothèses cliniques, des interventions mises de l'avant et, par le fait même, son utilité clinique sur l'évolution des élèves évalués.

Chapitre VI
Conclusion

Le premier objectif de la thèse était de décrire la pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire. En l'absence de données empiriques concernant la pratique évaluative des psychoéducateurs qui évaluent des élèves en troubles du comportement dans les écoles primaires, la conduite d'une étude descriptive était nécessaire. L'atteinte de ce premier objectif s'est concrétisée par la rédaction d'un article, le premier en ce sens à notre connaissance au Québec, dont l'originalité repose sur l'emploi d'un devis de recherche mixte de collecte de données (qualitative et quantitatives). Cette stratégie de recherche a permis de mieux comprendre la réalité de pratique des psychoéducateurs, de l'approfondir et de corroborer des résultats provenant de ces deux univers de données (Klinger & Boardman, 2011). Les résultats de cette première étude démontrent que les psychoéducateurs rapportent avoir une pratique évaluative qui est dans l'ensemble conforme aux recommandations de pratique, et ce, malgré les nombreuses contraintes auxquelles ils font face en exercice. Cette étude a aussi mis en lumière une certaine spécificité de pratique évaluative chez les psychoéducateurs qui permet de les différencier des psychologues scolaires, notamment sur le plan de certaines méthodes de collecte de données. Enfin, les résultats de cette première étude ont conduit à l'atteinte du deuxième objectif de cette thèse soit l'élaboration d'un protocole d'évaluation pour guider les psychoéducateurs dans cette pratique qui se complexifie, et qui s'effectue dans un contexte effréné d'interventions, avec des cas d'élèves qui s'avèrent aussi de plus en plus complexes.

En partant de la réalité des psychoéducateurs, nous avons développé une pratique novatrice qui amalgame des connaissances scientifiques relatives au développement des troubles du comportement et des pratiques de pointe en évaluation dans un tout permettant d'augmenter la rigueur, l'efficience et l'efficacité du travail des psychoéducateurs. Découlant d'une approche graduée d'intervention et d'une approche différentielle, cette pratique novatrice est en lien direct avec les fondements disciplinaires de la psychoéducation soit de prendre en compte toutes les composantes du potentiel adaptatif (PAD) de l'élève, les composantes du potentiel expérientiel (PEX) et de l'interaction de ces deux potentiels dans une perspective écologique et développementale (Gendreau, 2001; Renou, 2005).

Le troisième objectif de la thèse était d'évaluer l'implantation initiale de ce protocole d'évaluation en prenant soin de faire ressortir les forces, les limites, le niveau de faisabilité et les retombées que le protocole a eu sur la pratique évaluative des psychoéducateurs. Bien accueillie par les psychoéducateurs dans les écoles qui l'ont jugée utile sur plusieurs plans, cette pratique novatrice doit encore parcourir plusieurs étapes dans son processus de diffusion avant d'être considérée comme une innovation dans le domaine. Il ressort de cela que certains enjeux identitaires, et d'autres associés à la compréhension du rôle d'évaluateur du psychoéducateur pour certains gestionnaires scolaires freinent cette diffusion. Toutefois, le protocole développé à la force d'offrir certaines balises de référence auxquelles les psychoéducateurs peuvent s'identifier pour

ainsi amorcer cette définition de leur rôle en évaluation dans les écoles. Cette retombée est à notre humble avis la contribution principale de cette thèse pour la psychoéducation.

En terminant, nous espérons que le protocole développé dans ce projet de recherche et les résultats de sa première implantation pourront soutenir la mission des programmes universitaires de formation initiale, quant à la préparation des psychoéducateurs en milieu scolaire. Par ailleurs, étant donné les commentaires positifs formulés par les psychoéducateurs ayant expérimenté le protocole, nous croyons qu'il pourrait être intéressant de développer un partenariat avec l'OPPQ, afin que celui-ci puisse être diffusé le plus largement possible et par le fait même, contribuer à faire reconnaître davantage le rôle et la valeur des psychoéducateurs en tant que professionnels en mesure d'effectuer une évaluation rigoureuse des élèves en trouble du comportement dans les écoles du Québec.

Références

- Achenbach, T. M. (1982). Assessment and taxonomy of children's behavior disorders. Dans B. B. Lahey, & A. E. Kazdin (Éds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, pp. 1-38). New York, NY: Plenum Press.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 5(6), 1275-1301.
- Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical application* (2^e éd.). Newbury Park, CA: Sage.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Ackerman, B. P., Izard, C. E., Kobak, R., Brown, E. D., & Smith, C. (2007). Relation between reading problems and internalizing behavior in school for preadolescent children from economically disadvantaged families. *Child Development*, 78(2), 581-596.
- Alberta Education. (2009). *Special education coding criteria*. Edmonton, AB: Alberta Education, Special Education Branch.
- American psychiatric association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aube, J., Fichman, L., Saltaris, C., & Koestner, R. (2000). Gender differences in adolescent depressive symptomatology: Towards an integrated social-developmental model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(3), 297-313.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24.

- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Baron, I. S. (2004). *Neuropsychological evaluation of the child*. New York, NY: Oxford university press.
- Batsche, G., Elliott, J., Graden, J. L., Grimes, J., Kovaleski, J. F., Prasse, D., Reschly, D. J., Schrag, J., & Tilly, W. D. (2006). *Response to Intervention: Policy considerations and implementation*. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorder in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Berridge, C. W., Devilbiss, D. M., Andrzejewski, M. E., Arnsten, A. F. T., Kelley, A. E., Schmeichel, B., Hamilton, C., & Spencer, R.C. (2006). Methylphenidate preferentially increases catecholamine neurotransmission within the prefrontal cortex at low doses that enhance cognitive function. *Biological Psychiatry*, 60(10), 1111–1120.
- Betz, A. M., & Fisher, W. W. (2011). Functional analysis: History and methods. Dans W. W. Fisher, C. C. Piazza, & H. S. Roanne (Éds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 206-225). New York, NY: Guilford Press.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2002). Current concepts on the neurobiology of attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 6(1), 7–16.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237–248.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's Index of Adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1556–1562.
- Bijou, S. W., Peterson, R. F., & Ault, M. H. (1968). A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal Applied Behavior Analysis*, 1(2), 175-191.
- Blackman, G. L., Ostrander, R., & Herman, K. C. (2005). Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8(4), 195-207.

- Bluteau, J. & Dumont, M. (2014). L'anxiété et le stress de performance. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p. 33-46). Montréal, QC : Gaetan Morin Éditeur.
- Boomsma, D. I., Van Beijsterveldt, C. E., & Hudziak, J. J. (2005). Genetic and environmental influences on anxious-depression during childhood: A study from the Netherlands Twin Register. *Genes, Brain, and Behavior*, 4(8), 466-481
- Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., & Koretz, D. S. (2005). The strengths and difficulties questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 557-564.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255.
- Breslau, N., Breslau, J. Miller, E., & Raykov, T. (2001). Behavior problems at ages 6 and 11 and high school academic achievement: Longitudinal latent variable modeling. *Psychiatry Research*, 185(3), 433-437.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. Dans R. Vasta (Éd.), *Annals of child development: Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-250). Londre, Royaume-Uni: Jessica Kingsley Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle « processus-personne-contexte-temps » dans la recherche en psychologie du développement: principes, applications et implications. Dans R. Tessier, & G. M. Tarabulsy (Éds), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (pp. 11-60). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Buchsbaum, M. S. (2004). Frontal cortex function. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2178-2178.
- Busse, R. T., & Beaver, B. R. (2000). Informant report: Parent and teacher interviews. Dans E. S. Shapiro, & T. R. Kratochwill (Éds.), *Conducting school-based assessment of child and adolescent behavior* (pp. 235-273). New York, NY: Guilford Press.

- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*(3), 467-488.
- Capron, C., Théron, C., & Duyme, M. (2007). Psychometric properties of the French version of the self-report and teacher strengths and difficulties questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(2), 79-88.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues, and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*(7), 1063-1080.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 817-833.
- Cataldo, M. G., Nobile, M., Lorusso, M. L., Battaglia M., & Moteni, M. (2005). Impulsivity in depressed children and adolescent: A comparison between behavioral and neuropsychological data. *Psychiatry Research, 136*(2-3), 123-133.
- Chafouleas, S., Riley-Tillman, T. C., & Sugai, G. (2007). *School-based behavioral assessment: Informing, intervention and instruction*. New York, NY: The Guilford Press.
- Chandler, L. K., & Dahlquist, C. M. (2014). *Functional assessment: Strategies to prevent and remediate challenging behavior in school settings* (4^e éd.). New Jersey, NY: Pearson.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*(2), 170-176.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and methods* (vol. 1, 2^e éd.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. Dans D. Cicchetti, & S.L. Toth (Éds.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (Vol. 2, p. 131-154). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). Developmental psychopathology and disorders of affect. Dans D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Éds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 369-420). New York, NY: Wiley.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198.
- Cole, P. M., Luby, J., & Sullivan, M. W. (2008). Emotions and the development of childhood depression: bridging the gap. *Child Development Perspectives*, 2(3), 141-148.
- Comité patronal de négociation de pour les commissions scolaires francophones. (2011). *Convention collective des enseignants 2010-2015 (annexe XIX)*. Montréal, QC: Auteur.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Conners, C. K. (2008). *Conners Manual* (3^e éd.). Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.
- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170(2-3), 212-217.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). The developmental epidemiology of anxiety disorders. Dans T. Ollendick, & J. March (Éds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 61-91). New York, NY: Oxford University Press.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Côté, S., Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Vitaro, F. (2002). Childhood behavioral profiles and adolescent Conduct Disorder: Risk trajectories for boys and girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4(9), 1086-1094.

- Craske, M. G., & Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobia and generalized anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 197-225.
- Crone, D. A., Hawken, L. S., & Horner, R. H. (2010). *Responding to problem behavior in schools: The behavior education problem*. New York, NY: Guilford Press.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychology Bulletin, 140*(3), 816-845.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. New York, NY: Guilford Press.
- Das Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica, 96*(9), 1269-1274.
- Davies, P. T., & Lindsay, L. L. (2004). Interparental conflict and adolescent adjustment: Why does gender moderate early adolescent vulnerability? *Journal of Family Psychology, 18*(1), 160-170.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin, 141*(4), 858-900.
- Déry, M., & Lapalme, M. (2006). Les filles qui reçoivent des services à l'école primaire pour trouble de comportement. Dans P. Verlaan, & M. Déry (Éds.), *Les conduites antisociales des filles comprendre pour mieux agir* (pp. 257-280). Québec, QC : Presse de l'Université du Québec.
- Déry, M., Laventure, M., Toupin, J., Verlaan, P., & Pauzé, R. (2007). Adaptation scolaire et sociale d'élèves ayant reçu des services éducatifs complémentaires pour troubles du comportement dès le début de leur scolarité. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, 10*(1), 47-62.
- Déry, M., Toupin, J., & Pauzé, R. (2000). Modèle conceptuel des inadaptations sociales de l'enfance pour la définition et l'évaluation des activités d'intervention. *Les cahiers de l'actif, 288-291*, 115-130.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R., & Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioral difficulties. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*(11), 769-775.

- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R., & Verlaan, P. (2005). Les caractéristiques d'élèves en difficultés de comportement placés en classe spéciale ou intégrés dans la classe ordinaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 28(1-2), 1-23.
- Déry, M., Toupin, J., Verlaan, P., & Lemelin, J. P. (2013). Troubles des conduites chez les filles à l'école primaire : facteurs associés selon le sexe. *Recherches et éducations*, 9, 11-26.
- Dick, D. M., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L., & Rose, K. J. (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 219-229.
- Dirks, M. A., De Los Reyes, A., Briggs-Gowan, M. J., Cella, D., & Wakschlag, L. S. (2012). Embracing not erasing contextual variability in children's behavior theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 558–574.
- Dishion, T. J., Nelson, S. E., & Bullock, B. M. (2004). Premature adolescent autonomy: Parent disengagement and deviant peer process in the amplification of problem behavior. *Journal of Adolescence*, 27(5), 515-530.
- Doctoroff, G. T., & Arnold, D. H. (2004). Parent-rated externalizing behavior in preschoolers: The predictive utility of structured interviews, teacher reports, and classroom observations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 813-818.
- Dumas, J. E. (2012). *L'enfant anxieux: comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles, Belgique: DeBoeck Université.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112-1134.
- Elliott, D. S., & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5(1), 47-53.
- Ellis, B. & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/ hyperactivity disorder: Partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 146–154.

- Engels, R. C. M. E., Finkenauer, C., & Van Kooten, D. C. (2006). Lying behavior, family functioning and adjustment in early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 35*(6), 949-958.
- Fagan, T. K. (2004). Trends in the history of school psychology in the United States. Dans A. Thomas, & J. Grimes (Éds.), *Best practices in school psychology* (4^e éd., pp. 209-221). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the national institute of child health and human development study of early child care. *Developmental Psychology, 46*(5), 1159-1175.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G., & Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine, 27*(2), 291-300.
- Fédération des syndicats de l'enseignement. (2013). *Référentiel pour le personnel enseignant qui intervient auprès des élèves ayant des besoins particuliers, élèves à risque et élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (HDAA)*. Québec, QC : Auteur.
- Feifer, S. G., & Rattan, G. (2013). Depressive disorders. Dans L. A. Reddy, A. S. Weissman, & J. B. Hale (Éds.), *Neuropsychological assessment and intervention for youth* (pp. 73-96). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fishbein, D. (2000). The importance of neurobiological research to the prevention of psychopathology. *Prevention Science, 1*(2), 89-106.
- Forbes, E. E., & Dahl, R. E. (2005). Neural systems of positive affect: Relevance to understanding child and adolescent depression. *Development and Psychopathology, 17*(3), 827-850.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(10), 1203-1211.
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, É., & Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intériorisés, extériorisés et concomitants chez les élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation, 26*(1), 197-218.

- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, É., & Potvin, P. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché ou non de l'école. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 79-88.
- Fox, J. J., Gunter, P., Davis, A. A., & Brall, S. (2000). Observational methods in functional behavioral assessment: Practical techniques for practitioners. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 44(4), 152-157.
- Fox, N. A. (2004). Temperament and early experience form social behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1038, 171-178.
- Friend, M., Bursuck, W., & Hutchinson, N. (1998). *Including exceptional students: A practical guide for classroom teacher*. Scarborough, ON: Allyn and Bacon Canada.
- Fussum, S., Willy-Tore, M., Handegard, B. H., & Drugli, M. B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girl different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 75-382.
- Gable, K. A. (1996). A critical analysis of functional assessment: Issues for researchers and practitioners. *Behavioral Disorders*, 22(1), 36-40.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implication for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293-306.
- Gehin, J.-P., & Palheta, U. (2012). Les devenir socioprofessionnels des sortants sans diplôme: un état des lieux dix ans après la sortie du système éducatif (1998-2008). *Formation emploi*, 118, 15-35.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, QC : Éditions Sciences et Culture.
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16(2), 313-333.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., & Ialongo, N. (2005). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child out-comes. *Child and Family Behavior Therapy*, 26(4), 23-41.

- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *American Journal of Academic Child Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.
- Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M., (2000). Predicting type of psychiatric disorder from strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European and Child Adolescent Psychiatry*, 9(2), 129-134.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24.
- Goodman, S. H., & Tully, E. (2006). Depression in women who are mothers: An integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. Dans C. L. M., Keyes, & S. H. Goodman (Éds.), *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 241-282). New York, NY: Cambridge University Press.
- Goupil, G. (2014). *Les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage* (3^e éd.). Montréal, QC: Gaetan Morin Éditeur.
- Greenhalgd, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health services organizations: A systematic literature review*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Gresham, F. M. (2007). Response to intervention and emotional and behavioral disorders: Best practices in assessment for intervention. *Assessment for Effective Intervention*, 32(4), 214-222.
- Grizenko, N., Shayan, Y. R., Polotskasia, A., Ter-Stepanian, M., & Joober, R. (2008). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33(1), 10-16.

- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. M. (2008). Early care experiences and HPA axis regulation in children: A mechanism for later trauma vulnerability. *Progress in Brain Research*, 167, 137-149.
- Hale, J. B., Reddy, L. A., Weissman, A. S., Lukie, C., & Schneider, A.N. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder. Dans L. A. Reddy, A. S. Weissman, & J. B. Hale (Éds.), *Neuropsychological assessment and intervention for youth* (pp. 127-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hammarberg, A., & Hagekull, B. (2006). Changes in externalizing and internalizing behaviours over a school-year: Differences between 6 years old boys and girls. *Infant and Child Development*, 15(2), 123-137.
- Harrower, J. K., Fox, L., Dunlap, G., & Kincaid, D. (2010). Functional assessment and comprehensive early intervention. *Exceptionality*, 8(3), 189-204.
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62-70.
- Hinshaw, S. P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101(3), 443-463.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111(1), 127-155.
- Hintze, J. M., Volpe, R. J., & Shapiro, E. S. (2004). Best practices in the systematic direct observation of student behavior. Dans A. Thomas, & J. Grimes (Éds.), *Best practices in school psychology* (4^e éd., pp. 993-1006). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2009). Familial and social environments in the etiology and maintenance of anxiety disorders. Dans A. Martin, & M. Stein (Éds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 173-189). New York, NY: Oxford University Press.
- Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behavior checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1299-1307.

- Huebner, T., Vloet, T. D., Marx, I., Konrad, K., Fink, G.R., Herpertz, S. C., & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Morphometric brain abnormalities in boys with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(5), 540-547.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L., Rescorla, L. A., Almqvist, F., Weintraub, S., ... Verhulst, F. C. (2007a). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 36(3), 405-417.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Dumenci, L. (2007b). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *School Psychology Review*, 36(3), 468-483.
- Jensen, P. (2000). ADHD: Current concepts on etiology, pathophysiology, and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 557-572.
- Jiron, C. (2010). Assessing and intervening with children with externalizing disorders. Dans D. C. Miller (Éd.), *Best practices in school neuropsychology: Guidelines for effective practice, assessment, and evidence-based intervention* (pp. 359-386). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Johnson, K., & Hannon, M. (2014). Measuring the relationship between parent, teacher and student problem behavior reports and academic achievement: Implications for school counselors. *Professional School Counseling*, 18(1), 38-48.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and son with ADHD: Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1), 77-88.
- Joly, J. (2006). *L'utilisation des tests par les psychoéducateurs et psychoéducatrices*. Rapport de recherche. Sherbrooke, QC : Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke.
- Joly, J., Touchette, L., & Pauzé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme: une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Kampwirth, T. J., & Power, K. M. (2012). *Collaborative consultation in the schools: Effective practices for students with learning and behaviors problems* (4^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relation among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 24*(3), 339-360.
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. *Behavior Modification, 28*(1), 147-161.
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin, 121*(1), 95-113.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). Across-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(2), 161-179.
- Keiley, M. K., Lofthouse, N., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(3), 267-283.
- Kelley, M. L. (2003). Assessment of children's behavior in the school setting. Dans M. L. Kelley, D. Reitman, & G. H. Noel (Éds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of school behavior* (pp. 7-22). New York, NY: Plenum Publishers.
- Kendall, P. C., & Ollendick, T. H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescents: A topic comes of age. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 65-74.
- Kern, L., Hilt, A. M., & Gresham, F. (2004). An evaluation of behavioral assessment process used with students with or at risk for emotional and behavioral disorders. *Education and Treatment of Children 27*(4), 440-452.
- Kerr, D., Lunkenheimer, E. R., & Olson S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(10), 967-975.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine, 38*(3), 365-374.

- Kessler, R. C., & Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a U.S. national survey. *Psychological Medicine, 23*(3), 679-690.
- Kim-Cohen, J., Arseneault, L., Caspi, A., Tomas, M. P., Taylor, A., & Moffitt, T. E. (2005). Validity of DSM-IV conduct disorder in 4 ½-5 year old children: A longitudinal epidemiology study. *The American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1108-1117.
- Klein, D. N., Arnow, B. A., Barking, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., & Wisniewski, S. R. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacology. *Depression and Anxiety, 26*(8), 701-710.
- Klein, J. L., & Harrison, D. (2007). *L'innovation sociale: émergence et effets sur la transformation des sociétés*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Klingner, J. K., & Boardman, A. G. (2011). Addressing the research gap in special education through mixed methods. *Learning Disability Quarterly, 34*(3), 208-218.
- Kowatch, M., DelBello, M., Mayes, T., Kennard, B., & Emslie, G. (2006). Pediatric mood disorders. Dans C. E. Coffey, R. A. Brumback, D. R. Rosenberg, & K. Voeller (Éds.), *Textbook of essential pediatric neuropsychiatry* (pp. 263-283). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Krain, A. L., & Castellanos, F. X. (2006). Brain development and ADHD. *Clinical Psychology Review, 26*(4), 433-444.
- Kroneman, L. M., Loeber, R., Hipwell, A. E., & Koot, H. M. (2009). Girls' disruptive behavior and its relationship to family functioning: A review. *Journal of Child Family Study, 18*(3), 259-273.
- Kyte, Z. A., Goodyer, I. M., & Sahakian, B. J. (2005). Selected executive skills in adolescents with recent first episode major depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(9), 995-1005.
- Lachar, D., & Gruber, C. P. (2003). Multisource and multidimensional objective assessment of adjustment: The personality inventory for children, second edition; personality inventory for youth and student behavior survey. Dans C. R. Reynolds, & R. W. Kamphaus (Éds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (pp. 337-367). New York, NY: The Guilford Press.

- Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Waldman, I. D., Rodgers, J. L., D'Onofrio, B. M., Pedlow, S., Rathouz, P., & Keenan, K. (2006). Testing descriptive hypotheses regarding sex differences in the development of conduct problems and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*(4), 737-55.
- Langevin, R., & Guéladé, F. (2010). L'évaluation fonctionnelle du comportement, un modèle rigoureux applicable en milieu scolaire. *Revue de psychoéducation*, *39*(1), 45-59.
- Lauer, R. E., Giordani, B., Boivin, M. J., & Halle, N. (1994). Effects of depression on memory performance and metamemory in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(5), 679-685.
- Lewin, L. M., Davis, B., & Hops, H. (1999). Childhood social predictors of adolescent antisocial behavior: Gender differences in predictive accuracy and efficacy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*(4), 277-292.
- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Cobham-Portorreal, C. S., Klein, N., Showalter, C., & Anthony, A. (1991). A follow-up of female delinquents: Maternal contributions to the perpetuation of deviance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 197-201.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *17*(3), 93-103.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(12), 1468-1484.
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, *12*(4), 737-762.
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, *14*(6), 497-523.
- Luby, J. L. (2009). Early childhood depression. *The American journal of psychiatry*, *166*(9), 974-979.
- Lundy, S. M., Silva, G. E., Kaemingk, K. L., Goodwin, J. L., & Quan, S. F. (2010). Cognitive functioning and academic performance in elementary school children with anxious-depressed and withdrawn symptoms. *Open Pediatric Medicine Journal*, *14*(4), 1-9.

- Macdonald, A. J. D. & Fugard, A. J. B. (2015). Routine mental health outcome measurement in the UK. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 306-319.
- Malti, T., Hsin-Ju Liu, C., & Noam, G. G. (2010). Holistic assessment in school-based developmental prevention. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 38(3), 244-259.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Abikoff, H., & Moulton, J. L. (2004). Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: A prospective follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(5), 565-73.
- March, R. E., & Horner, R. H. (2002). Feasibility and contributions of functional behavioral assessment in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(3), 158-170.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (2005). Special section: Developing guidelines for the evidence-based assessment of child and adolescent disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 362-379.
- Massé, L., Bégin, J. Y., & Pronovost, J. (2014). L'évaluation psychosociale, la tenue de dossiers et la rédaction du rapport. Dans L. Massé, N. Desbiens, & C. Lanaris (Éds.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., pp.83-108). Montréal, QC: Gaetan Morin Éditeur.
- Massé, L., Couture, C., Bégin, J. Y., & Levesque, V. (2013). Utilisation du processus d'évaluation fonctionnelle dans un programme d'accompagnement adressé à des enseignants du secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 34(3), 29-50.
- Massé, L., Desbiens, N., & Lanaris, C. (2014). *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.). Montréal, QC: Gaetan Morin Éditeur.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, J. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- McConaughy, S. H. (2000). Self-reports: Theory and practice in interviewing children. Dans E. S. Shapiro, & T. Kratochwill (Éds.), *Behavioral assessment in schools: Theory, research and clinical foundations* (pp. 323-352). New York, NY: Guilford Press.

- McConaughy, S. H., & Ritter, D. R. (2014). Best practices in multimethod assessment of emotional and behavioral disorders. Dans P. Harrison, & A. Thomas (Éds.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (pp. 367-390). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E., & Sachdev, D. (2000). Internalizing and externalizing children's behaviour problems in Britain and the U.S.: Relationships to family resources. *Children and Society, 14*(5), 368-383.
- McDougal, J. L., Chafouleas, S. M., & Waterman, B. (2006). *Functional behavioral assessment and intervention in schools: A practitioner's guide – grade 1-8*. Champaign, IL: Research Press.
- McLaren, E. M., & Nelson, M. (2009). Using functional behavior assessment to develop behavior interventions for students in Head Start. *Journal of Positive Behavior Interventions, 11*(1), 3-21.
- McLoone, J., Hudson, J. L., & Rapee, R. (2006). Treating anxiety disorders in a school setting. *Education and Treatment of Children, 29*(2), 219-242.
- Meagher, S. M., Arnold, D. H., Doctoroff, G. L., Dobbs, J., & Fisher, P. H. (2009). Social-emotional problems in early childhood and development of depressive symptoms in school-age children. *Early Education and Development, 20*(1), 1-24.
- Merrell, K. W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide* (2^e éd). New York, NY: Guilford press.
- Merrell, K.W., & Dobbmeyer, A.C. (1996). An evaluation of gender differences in self-reported internalizing symptoms of elementary-age children. *Journal of Psychoeducational Assessment, 14*(3), 196-207.
- Messer, J., Goodman, R., Rowe, R., Meltzer, H., & Maughan, B. (2006). Preadolescent conduct problems in girls and boys. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(2), 184-191
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(4), 378-385.
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S.V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*(1), 16-22.

- Miller, D. N., & Jome, L.M. (2008). School psychologists and the assessment of childhood internalizing disorders: Perceived knowledge, role preferences and training needs. *School Psychology International*, 29(4), 500-510.
- Miller, J. A., (1998). *The childhood depression sourcebook*. Chicago, IL: McGraw-Hill.
- Miller, J. A. (2010). Assessing and intervening with children with internalizing disorders. Dans D. C. Miller (Éd.) *Best practices in school neuropsychology: Guidelines for effective practice, assessment, and evidence-based intervention* (pp. 387-418). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2015). *Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire : l'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2014a). Statistiques de l'éducation: enseignement primaire, secondaire, collégial et universitaire, édition 2012. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2014b). *Indicateurs de l'éducation, édition 2013*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves : plan d'action en matière d'adaptation scolaire*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2004). *Le plan d'intervention, au service de la réussite de l'élève : cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescent-limited and life course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moffitt, T. E. (2007). A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. Dans D. J. Flannery, A. T. Vazsonyi, & I. D. Waldman (Éds.), *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* (pp. 49-74). New York, NY: Cambridge University Press.

- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2006). Facteurs de risque associés aux trajectoires développementales des conduites antisociales chez les garçons et les filles. Dans P. Verlaan, & M. Déry (Éds.), *Les conduites antisociales des filles comprendre pour mieux agir* (pp. 79-120). Québec, QC: Presse de l'Université du Québec.
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, *64*(6), 651-660.
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*(3), 178-189.
- National resource center on ADHD. (2009). *ADHD and coexisting disorders*. Lanham, MD: auteur.
- Nelson, J. R., Babyak, A., Gonzalez, J., & Benner, G. J. (2003). An investigation of problem behaviors exhibited by K-12 students with emotional or behavioral disorders in public school settings. *Behavioral Disorders*, *28*(4), 348-359.
- Nelson, R. O., & Hayes, S. C. (1981). Nature of behavioral assessment. Dans M. Hersen, & A. S. Bellack (Éds.), *Behavioral assessment: A practical approach* (pp.3-37). New York, NY: Pergamon.
- Nottelman, E. D., & Jensen, P. S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. Dans T. H. Ollendick, & R. J. Prinz (Éds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 109-155). New York, NY: Plenum.
- Odgers, C., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sea, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, *20*(2), 673-716.
- Office des professions du Québec. (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines: guide explicatif*. Québec, QC : Auteur.
- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Homer, R. H., & Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (3^e éd.). Stamford, CT: Centrage Learning.

- Organisation mondiale de la santé. (1994). *Classification des troubles mentaux et du comportement* (10^e éd.). Genève, Swiss : Auteur.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2012). *Le psychoéducateur en milieu scolaire: cadre de référence*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : lignes directrices*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2015). *Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique: lignes directrices*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychologues du Québec. (2007). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en milieu scolaire*. Montréal, QC : Auteur.
- Ostrander, R., Crystal, D. S., & August, G. (2006). Attention deficit-hyperactivity disorder, depression and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(6), 773-787.
- Pagani, L., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Kerr, M., & McDuff, P. (1998). The impact of family transition on the development of adolescent boys: A 9 years longitudinal study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 489-499.
- Pardini, D. A., & Fite, P. J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit-hyperactivity disorder and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing and evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1134-1144.
- Patterson, G. R., & Capaldi, D. M. (1990). A meditational model for boys' depressed mood. Dans J. E. Rolf, & A. S. Masten (Éds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 141-163). New York, NY: Cambridge University Press.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.

- Payne, A. A., Gottfredson, D. C., & Gottfredson, G. D. (2006). School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention programs: Results from a national study. *Prevention Science, 7*(2), 225-237.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948.
- Prinstein, M. J., Cheah, C. S., & Guyer, A. E. (2005). Peer victimization, cue interpretation and internalizing symptoms: preliminary concurrent and longitudinal findings for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 11-24.
- Pronovost, J., Caouette, M., & Bluteau, J. (2013). *L'observation psychoéducative*. Longueuil, QC : Béliveau Éditeur.
- Rapee, R. M., Schniering, C., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorder during childhood and adolescents: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 311-341.
- Rapport, M. D., Denney, C. B., Chung, K., & Hustace, K. (2001). Internalizing behavior problems and scholastic achievement in children: Cognitive and behavioral pathways as mediators of outcome. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(4), 536-551.
- Remschmidt, H., & the Global ADHD Working Group. (2005). Global consensus on ADHD-HKD. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*(3), 127-137.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal, QC : Éditions Science et Culture.
- Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs : une analyse, une conception, une histoire*. Longueuil, QC : Béliveau Éditeur.
- Rey, J. M., Walter, G., Plapp, J. M., & Denshire, E. (2000). Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 453-457.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2009). *BASC-2CDN-F Système d'évaluation du comportement de l'enfant-version pour francophones du Canada (2^e éd.)*. Toronto, ON: Pearson.
- Riberdy, H., Tétrault, K., & Desrosiers, T. (2013). *La santé physique et mentale des enfants: une étude des prévalences cumulatives*. Québec, QC: Institut de la Statistique du Québec.

- Riggs, N. R., Greenberg, M. T., Kusche, C. A., & Pentz, M. A. (2006). The meditational role of neurocognition in the behavioral outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: Effects of the paths curriculum. *Prevention Science, 7*(1), 91-102.
- Roe, D., Gelkopf, M., Isolde-Gornemann, M., Baloush-Kleinman, V., & Shami, E. (2015). Implementing routine outcome measurement in psychiatric rehabilitation services in Israel. *International Review of Psychiatry, 27*(4), 345-353.
- Rogers, M. E. (2003). *Diffusion of innovations* (5^e éd.). New York, NY: Free Press.
- Rollin, J., & Vincent, V. (2007). *Acteur et processus d'innovation sociale au Québec*. Québec, QC : Réseau Québécois en Innovation Sociale.
- Roure, L. (2000). Les caractéristiques des champions: déterminants et incidence sur le succès des innovations. *Recherche et application en marketing, 15*(2), 3-19.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8*(3), 162-170.
- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Stewart, S. L., Henderson, H. A., & Chen, T. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all of the time. *Child Development, 68*(3), 467-483.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health, 30*(4), 3-13.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), 1092-1115.
- Ryding, E., Lindstrom, M., & Traskman-Bendz, L. (2008). The role of dopamine and serotonin in suicidal behaviour and aggression. *Progress in Brain Research, 172*, 307-315.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development, 81*(1), 6-22.
- Scott, T. M., Meers, D. T., & Nelson, C. M. (2000). Toward a consensus of functional behavioral assessment for student with mild disabilities in public school contexts: A national survey. *Education and Treatment of Children Special Issue: Severe Behavior Disorders of Children and Youth, 23*(3), 265-285.

- Séguin, J. R. (2004). Neurocognitive elements of antisocial behavior: Relevance of an orbitofrontal cortex account. *Brain and Cognition*, 55(1), 185–197.
- Séguin, J. R., Pihl, R. O., Harden, P. W., Tremblay, R. E., & Boulerice, B. (1995). Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 614–624.
- Séguin, J. R., & Pilon, M. (2013). Conduct and oppositional disorders. Dans L. A. Reddy, A. S. Weissman, & J. B. Hale. *Neuropsychological assessment and intervention for youth* (pp. 177-200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seidman, L. J., Valera, E. M., & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention deficit-hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1263–1272.
- Seo, D., Patrick, C. J., & Kennealy, P. J. (2008). Role of serotonin and dopamine system interaction in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 13(5), 383-395.
- Shapiro, E. S., & Heick, P. F. (2004). School psychologist assessment practices in the evaluation of students referred for social, behavioral, emotional problems. *Psychology in the Schools*, 41(5), 551- 561.
- Shapiro, E. S., & Kratochwill, T. R. (2000) Introduction: Conducting a multidimensional behavioral assessment. Dans E. S. Shapiro, & T. R. Kratochwill (Éds.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior* (pp. 1-20). New York, NY: The Guilford Press.
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., & Kovess, V. (2008). The strengths and difficulties questionnaire: Validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 740-747.
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 429–442.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Somersalo, H., Solantaus, T., & Almqvist, F. (1999). Four-year course of teacher-reported internalizing, externalizing and comorbid syndromes in preadolescent children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), 89-97.

- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17-29.
- Steege, M. W., & Brown-Chidsey, R. (2005). Functional behavioral assessment: The cornerstone of effective problem solving. Dans R. Brown-Chidsey (Éd.), *Assessment for intervention: A problem-solving approach* (pp. 131-154). New York, NY: The Guilford Press.
- Steege, M. W., & Pratt, J. (2012). Functional behavioral assessment: The cornerstone of effective problem solving. Dans R. Brown-Chidsey, & K. J. Andren (Éds.), *Assessment for intervention: A problem-solving approach* (2^e éd., pp. 125-144). New York, NY: The Guilford Press.
- Steege, M. W., & Scheib, M. A. (2014). Best practices in conducting functional behavioral assessment. Dans P. Harrison, & A. Thomas (Éds.), *Best practices in school psychology: Data-based and collaborative decision making* (pp. 273-286). Bethesda, MD: National Association of School Psychologist.
- Steege, M. W., & Watson, S. (2009). *Conducting school-based functional behavioral assessments: A practitioner's guide* (2^e éd). New York: The Guilford Press.
- Sugai, G., Lewis-Palmer, T., & Hagan-Burke, S. (2000). Overview of the functional behavioral assessment process. *Exceptionality*, 8(3), 149-160.
- Teeter, P., & Semrud-Clikeman, M. (1997). *Child neuropsychology: Assessment and interventions for neurodevelopmental disorders*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Tomb, M., & Hunter, L. (2004). Prevention of anxiety in children and adolescents in a school setting: The role of school-based practitioners. *Children and Schools*, 26(2), 87-101.
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of discipline of developmental psychopathology. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(2), 95-104.
- Twenge, J. M., Nolen-Hoeksema, S., & Baker, T. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588.
- Van Lier, P. A. C., Van Der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 601-608.

- Vitaro, F., Tremblay, R. E., Kerr, M., Pagani, L., & Bukowski, W. M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development, 68*(4), 676-689.
- Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Evidenced-based practices*. New York, NY: Wadsworth/Thomson.
- Warnick, E. M., Bracken, M. B., & Kasl, S. (2008). Screening efficiency of the child behavior checklist and strengths and difficulties questionnaire: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(3), 140-147.
- Watson T., S., & Watson, T., S. (2009). Behavioral assessment in the schools. Dans A. Akin-Little, S. G. Little, M. A. Bray, & T. J. Kehle (Éds.), *Behavioral intervention in schools: Evidence-based positive strategies* (pp. 27-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watters, A., Farrell, L., & Schilpzand, E. (2013). Anxiety disorders. Dans L. A. Reddy, A. S. Weissman, & J. B. Hale (Éds.), *Neuropsychological assessment and intervention for youth* (pp. 13-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wenger, E. (2000). Communities of practice and learning systems. *Organization, 7*(2), 225-246.
- Whittinger, N. S., Langley, K., Fowler, T. A., Thomas, H. V., & Thapar, A. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(2), 179-187.
- Wilson, M. S., & Reschly, D. J. (1996). Assessment in school psychology training and practice. *School Psychology Review, 25*(1), 9-23.
- Woods-Groves, S., & Hendrickson, J. M. (2012). The role of assessment in informing our decision-making process. *Assessment for Effective Intervention, 38*(1), 3-5.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N., Shirlcliff, E.A., & Woods, K. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. Dans D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Éds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 76-138). Hoboken, NJ: Wiley.

- Zahn-Waxler C., & Polanichka, N. (2004). All things interpersonal: Socialization and female aggression. Dans M. Putallaz, & K.L. Bierman (Éds.), *Aggression, antisocial behavior and violence among girls: A developmental perspective* (pp. 48-68). New York, NY: Guilford.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E.A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 275-303.
- Zalsman, G., Brent, D. A., & Weersing, V. R. (2006). Depressive disorders in childhood and adolescent: an overview. Epidemiology, clinical manifestations, and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15*(4), 827-841.
- Zarrinpar, A., Deldin, P., & Kosslyn, S. M. (2006). Effects of depression on sensory-motor versus central processing in visual mental imagery. *Cognition and Emotion, 20*(6), 737-758.

Appendice A :

Instructions aux auteurs pour la soumission d'un article à la Revue de psychoéducation
(article 1)

POLITIQUE ÉDITORIALE

La *Revue de psychoéducation* privilégie la publication d'articles abordant l'une ou l'autre des principales dimensions des problèmes d'inadaptation psychosociale : description, étiologie, prévalence, prédiction, diagnostic et pronostic, intervention et évaluation de l'intervention. Les articles peuvent prendre la forme de recensions des écrits, d'études empiriques, d'expériences cliniques, d'études de cas ou de travaux théoriques.

Le numéro international normalisé des publications en série (I.S.S.N.) de la *Revue de psychoéducation* est 1713-1782.

Depuis 1983, les textes de la *RPE* sont indexés dans la base de données bibliographiques *Repère* : <http://repere.sdm.qc.ca/> - focus

DIRECTIVES AUX AUTEURS

1. Manuscrits inédits. La *Revue de psychoéducation* ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits soumis ne doivent pas avoir été publiés ni proposés ailleurs durant la période de soumission à la *Revue de psychoéducation*. Les auteurs doivent faire parvenir le fichier en format Word et un exemplaire imprimé de leur manuscrit.

2. Langue de publication. La langue de publication de la *Revue de psychoéducation* est le français, à la qualité duquel le comité de direction attache, bien évidemment, une grande importance. Bien que les manuscrits acceptés fassent l'objet d'une révision éditoriale, celle-ci ne saurait atténuer la responsabilité des auteurs quant au niveau rédactionnel du texte soumis.

3. Format et normes de publication. Les articles doivent être écrits à double interligne, sur du papier 8,5 X 11 po (ou A4). La police utilisée devrait être Times New Roman 12 ou Arial 11. Le texte doit être aligné à gauche ou justifié. Les marges doivent être de 2,5 cm (1po) et les pages numérotées en haut à droite et de manière consécutive (la page titre étant la première). Les articles soumis doivent compter au maximum 35 pages, incluant les références et les tableaux. Toutes les pages doivent contenir un court entête (dérivé du titre) dans le coin supérieur droit. La présentation du texte, des tableaux, des figures et des références doit respecter les normes décrites dans le *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA 2010, 6^e édition). Voir point 7 ci-dessous.

4. **Page titre.** Celle-ci contient le titre (maximum de 20 mots), noms et affiliations de tous les auteurs, de même que l'adresse de correspondance, numéros de téléphone et de télécopieur, et adresse électronique de l'auteur responsable de la soumission du manuscrit. La page titre du fichier doit être envoyée séparément.

5. **Page du résumé et mots-clés.** Celle-ci doit inclure le titre de l'article, un résumé de 250 mots MAXIMUM, et de trois à cinq mots-clés. Lors de la décision finale, et si celle-ci se révèle positive, les auteurs devront fournir une traduction en anglais du résumé ainsi que des mots-clés. Un service de traduction pour le résumé est offert aux auteurs. Le tarif est de 22 cents par mot français. Les auteurs peuvent proposer leur propre traduction mais la qualité de cette traduction sera évaluée et au besoin, le coût d'une nouvelle traduction au tarif mentionné ci-dessus sera facturé aux auteurs.

6. **Texte principal.** La première ligne d'un paragraphe (sauf celui du résumé) doit avoir un retrait positif de 1,25 cm (ou ½ po). Dans le cas des études empiriques, le texte doit être subdivisé en sections intitulées : Introduction, Méthodologie, Résultats, Discussion et références.

7. Niveaux de titre (APA, 6^e édition)

NIVEAU	FORMAT	EXEMPLE
1	Centré, gras	Titre Texte : nouveau paragraphe, avec un alinéa de 1,25 cm.
2	Aligné à gauche ou justifié, gras	Titre Texte : nouveau paragraphe, avec un alinéa de 1,25 cm.
3	Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, gras, point final	Titre. Le texte suit le point.
4	Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, gras, italique point final	<i>Titre.</i> Le texte suit le point.
5	Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, italique, point final	<i>Titre.</i> Le texte suit le point.

8. **Notes de bas de page.** L'utilisation des notes de bas de page doit être limitée au strict minimum.

9. Références. Les auteurs sont priés de suivre les directives de la 6^e édition des normes de l'APA, accessibles à l'adresse suivante :

<http://www.bib.umontreal.ca/ED/disciplines/psychologie/references.htm>

À titre d'exemple :

Article de revue

Dodge, K.A. et Coie, J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.

Connor, D.F., Steingard, R.J., Anderson, J.J. et Melloni, R. H. Jr. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 279-294.

Livre

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. et Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.

Livre sous la direction de :

Gibbs, J.T. et Huang, L.N. (Dir.). (1991). *Children of color: Psychological interventions with minority youth*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chapitre de livre sous la direction de :

Blanchard, D.C. et Blanchard, R.J. (1989). Experimental animal models of aggression: What do they say about human behavior? Dans J. Archer et K. Browne (dir.), *Human aggression: Naturalistic approaches* (p. 94-121). London, U. K. : Routledge.

[Note : l'abréviation « dir » s'écrit ici en minuscules, puisque la parenthèse qui la contient n'est pas précédée d'un point.]

10. Tableaux et figures. Tous deux doivent être numérotés de 1 à n et comporter des légendes au besoin. Leur titre — ainsi que le contenu des tableaux — doivent être à simple interligne.

11. Évaluation. Les manuscrits sont soumis anonymement à au moins deux lecteurs arbitres. Le comité de rédaction s'inspirera de leur avis pour accepter les articles, les refuser ou requérir des modifications. Les auteurs recevront les commentaires des lecteurs arbitres, ainsi que la décision du comité de direction en deçà de deux mois (dans la mesure du possible) de la réception du manuscrit.

12. Les opinions émises dans les articles publiés dans la *Revue de psychoéducation* n'engagent que leurs auteurs. Lorsqu'un auteur reçoit un avis de publication, l'article devient la propriété de la *Revue de psychoéducation*. Toute reproduction du texte ou d'extraits n'est dès lors permise que sur autorisation.

Les manuscrits qui respectent les directives ci-haut mentionnées seront envoyés au directeur de la revue. Toute correspondance doit être adressée à :

M. Serge Larivée

Revue de psychoéducation

École de psychoéducation, Université de Montréal

Casier postal 6128, Succursale Centre-Ville

Montréal (Québec) Canada H3C 3J7

Téléphone : 514 343-6111 poste 2522

Télécopieur : 514 343-6951

Courriel : <mailto:serge.larivee@umontreal.ca>

Appendice B :
Instructions aux auteurs pour la soumission d'un article à la Revue des sciences de
l'éducation (article 2)

Canevas de rédaction pour les auteurs

Titre de l'article

Cette section doit être séparée du texte de l'article

Dans le cas d'un texte soumis par plusieurs auteurs, ces renseignements doivent être donnés pour chacune et pour chacun des auteurs. Lors de la parution de ce texte, l'ordre d'énumération des auteurs sera celui qui aura été indiqué sur cette feuille.

Nom, prénom

Établissement

Adresse

Courriel

Téléphone

Télécopieur

Statut à l'intérieur de l'établissement (ex. : professeur, maître de conférence, etc.)

Si possible, fournir une photo noir et blanc, en fichier séparé (idéalement *jpg*, haute résolution), du premier auteur. Si en couleur, vérifier la qualité de l'impression en noir et blanc. Si l'article est accepté, il faudra nous fournir la photo de chacun des auteurs.

Nom, prénom

.....

Titre de l'article reflétant l'objectif spécifique (maximum 18 mots)⁸

RÉSUMÉ - Le résumé vise à permettre au lecteur d'apprécier rapidement l'ensemble du contenu de l'article. Pour celui-ci, nous proposons une longueur d'environ 150 mots, soit au plus 700 caractères, espaces comprises. Le résumé doit définir brièvement 1) l'objectif spécifique de l'article; 2) la méthodologie adoptée ou, dans le cas d'une recherche de type théorique, l'approche théorique retenue; 3) les résultats obtenus, ou, dans le cas d'une recherche de type théorique, le développement théorique ainsi que 4) les conclusions dégagées.

Pour les auteurs qui soumettent un article de recherche de type théorique, il faut consulter le texte sur la présentation d'un tel article disponible sur le site Web de la *Revue* (Raïche et Noël-Gaudreault, 2008). Celui-ci décrit les différents types de recherche de cette catégorie et fournit des consignes de rédaction pour celles-ci.

MOTS CLÉS (5) - premier, second, ...

TITRE DE L'ARTICLE EN ANGLAIS (ENGLISH TITLE)**RÉSUMÉ EN ANGLAIS (SUMMARY)**

...

MOTS CLÉS EN ANGLAIS (KEY WORDS)

...

TITRE DE L'ARTICLE EN ESPAGNOL (si possible)**RÉSUMÉ EN ESPAGNOL (si possible)**

...

MOTS CLÉS EN ESPAGNOL (si possible)

...

1. Introduction et problématique

L'introduction permet de poser et de justifier le problème que cet article vise à résoudre.

Idéalement, la description de ce problème débouche sur une question de recherche.

⁸ La *Revue des sciences de l'éducation* est soutenue financièrement par le programme Revues de recherche et de transfert de connaissances du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC n^{os} 107703 et 127582).

Même s'il est justifié au plan pratique, c'est surtout sa pertinence scientifique qui doit être démontrée dans l'introduction et que les arbitres prendront en compte au moment de l'évaluation de l'article. Il faut bien comprendre que l'objectif de la publication est d'apporter des réponses à des questions de recherche et de contribuer ainsi au développement des connaissances scientifiques.

Pour rédiger et mettre en forme votre texte, il vous suffit de remplacer le texte que vous lisez actuellement. Pour obtenir des titres de sections, des figures ou des tableaux supplémentaires, utilisez la fonction copier / coller. De cette façon, il n'est pas nécessaire de comprendre les styles qui sont présentés à la section 1.1.2 afin de mettre en forme l'article.

En utilisant le modèle actuel, la longueur proposée pour l'article complet varie entre 15 et 20 pages, soit entre 40 125 et 53 500 caractères, espaces comprises (ou entre 6 060 et 8 080 mots). Le calcul de la longueur du texte exclut le résumé et les mots clés, mais inclut les références, les figures et les tableaux. Chaque tableau ou figure correspond à une demi-page. Ce modèle a été conçu afin de faciliter le travail d'édition de l'ensemble des articles produits par les auteurs et de réduire le délai de publication. C'est pour cette raison qu'il faut éviter les mises en forme personnalisées.

1. 1 Exemple de titre de section

1.1.1 Exemple de titre de sous-section

Pour la mise en forme, l'utilisation du caractère italique doit être réservée aux mots sur lesquels on souhaite attirer l'attention, aux mots dans une autre langue que le français et

aux citations. À ce sujet, nous vous recommandons toutefois de résumer en vos propres mots les citations des auteurs, car c'est votre interprétation qui intéresse le lecteur et non pas la citation textuelle qu'il pourrait obtenir facilement à l'intérieur de la référence en jeu. Évitez d'utiliser les caractères soulignés ou gras. Cependant, pour ajouter un sous-titre à un deuxième niveau de sous-section, utiliser le gras et l'italique, sans employer de chiffre. Sauf à des fins de remerciements à la première page, les notes de bas de page sont à éviter, tout comme les notes à la fin du texte.

Pour les listes, n'utilisez pas la numérotation automatique de Word (et désactivez cette fonction), inscrivez vous-même les numéros. Par exemple :

- 1) premier élément;
- 2) deuxième élément;
- 3) troisième élément.

Exemple de référence à un auteur : Banville (1994, p. 108).

Exemple de citation :

En observant les graphiques, les étudiants sont en mesure de réfléchir, voire d'émettre des hypothèses, sur un ensemble de questions concernant le mouvement du ballon. Par exemple : Les composantes verticales et horizontales de l'accélération du ballon sont-elles constantes? (Kalubi, Detraux et Larivée, 2006, p. 520).

Pour les figures et leur légende, il suffit de s'inspirer du modèle ci-dessous ainsi que des exemples à la fin de ce document. Les figures doivent non seulement être annoncées dans le fichier WORD, mais elles doivent également être jointes séparément en annexe.

Un fichier image DANS LE FORMAT DU LOGICIEL DANS LEQUEL ELLES ONT ÉTÉ CRÉÉES est aussi exigé.

Insérer le tableau (ou la figure) n° ... ici
Celui-ci doit être contenu sur une seule page

1.1.2 Description des styles

Pour ceux et celles qui maîtrisent les styles et préfèrent les utiliser directement, voici une brève description de ceux qui sont disponibles :

- **Titre 1** pour le titre de l'article;
- **Auteur** pour l'identification des auteurs;
- **Titre 2** pour les titres de section;
- **Titre 3** pour les titres de sous-section;
- **Figure** pour la légende des figures ou des tableaux;
- **Tableau** pour le contenu des tableaux;
- **Élément** pour les listes d'éléments et la bibliographie;
- **Citation** pour les citations longues avec retrait;
- **Normal** pour le corps du texte;
- **car. Gras** pour mettre un mot en **caractère gras**;
- **car. Italique** pour mettre un mot en *italique*.

Dans le cas d'une liste, la combinaison de touches **majuscule+entrée** permet de changer de ligne sans ajouter d'espace entre les lignes.

2. Contexte théorique

Le contexte théorique vise spécifiquement à indiquer comment les études antérieures ont tenté de répondre à votre question de recherche. Il débute généralement par un cadre

conceptuel qui permet de définir les termes utilisés dans l'énoncé de la question de recherche qui a été préalablement énoncée à la fin de l'introduction. Un cadre théorique présente ensuite les études antérieures qui ont tenté de répondre à votre question de recherche. Il est alors pertinent de bien décrire les objectifs spécifiques, les méthodologies retenues et les résultats obtenus à l'intérieur des écrits les plus pertinents à votre projet de recherche. Une synthèse du cadre conceptuel et du cadre théorique est alors présentée selon une approche déductive ou inductive pour permettre, à la toute fin du cadre théorique, d'émettre une hypothèse de recherche ou de viser l'atteinte d'un objectif spécifique. La méthodologie ou l'approche théorique utilisée dans les recherches antérieures devraient nous guider dans le choix de la méthodologie ou de l'approche théorique retenue.

3. Méthodologie (approche théorique pour une recherche de type théorique)

La méthodologie ou l'approche théorique doivent pouvoir être reproduites le plus fidèlement possible. Dans ce contexte, il est important de décrire les diverses étapes de la recherche avec suffisamment de précision. Il faut aussi que les arbitres et les lecteurs puissent bien voir que la méthodologie ou l'approche théorique permettent l'atteinte de l'objectif spécifique de la recherche. Si vous désirez aller au-delà de cet objectif, il faut déjà l'annoncer avant la fin du cadre théorique. Les sections 3.1 à 3.5 décrivent les informations qu'on doit retrouver dans la description de la méthodologie d'une recherche de type empirique. Quant à la description de la méthodologie ou de l'approche théorique utilisée à l'intérieur d'une recherche de type théorique, elle peut prendre

diverses formes adaptées spécifiquement au type de recherche. Pour obtenir des précisions et des exemples à propos de ce type de recherche, vous pouvez consulter le texte sur la présentation d'un article de recherche de type théorique disponible sur le site Web de la *Revue* (Raïche et Noël-Gaudreault, 2008).

3.1 Sujets

La notion de sujet peut varier selon le type de recherche effectuée. Dans certains cas, il s'avère plus pertinent d'utiliser un autre terme plus approprié : observations, participants, etc. Il faut décrire comment ont été sélectionnés les sujets, indiquer s'ils sont représentatifs d'une population à partir de laquelle on peut effectuer des généralisations, et décrire leurs caractéristiques pour permettre au lecteur de bien saisir si celles-ci peuvent limiter les interprétations des résultats obtenus. De plus, pour permettre aux lecteurs de tous les pays de bien comprendre la portée de la recherche, il peut s'avérer nécessaire de présenter les sujets en faisant ressortir le contexte du système scolaire du ou des pays impliqués dans la recherche.

3.2 Instrumentation

La plupart des recherches reposent sur l'utilisation de divers instruments pour réaliser la cueillette des données : questionnaire, guide d'entrevue, grille de codage, matériel électronique ou mécanique, etc. Vous devez clairement indiquer leur nature et leurs caractéristiques. Dans ce contexte, vous indiquerez éventuellement comment ils ont été obtenus, comment ils ont été élaborés, quelles sont leurs qualités psychométriques,

quelles sont leurs consignes d'administration, quelle est la durée de leur administration, s'ils nécessitent la formation préalable des personnes qui les utilisent, si un calibrage préalable ou une pré expérimentation ont été effectués, etc.

3.3 Déroulement

La section consacrée au déroulement de la recherche permet de décrire les étapes de réalisation du projet. Il ne s'agit pas de répéter les informations fournies aux autres sections de la méthodologie. C'est ici que le calendrier et la séquence de réalisation sont présentés ainsi que la durée des opérations. Il ne faut pas oublier que la description de la méthodologie (ou celle de l'approche théorique) devrait permettre la reproduction de la recherche le fidèlement possible par d'autres chercheurs.

3.4 Méthode d'analyse des données

Pour chacun des objectifs spécifiques ou des hypothèses de recherche, il faut indiquer comment les données recueillies à partir des instruments décrits précédemment seront analysées. Lorsque les méthodes d'analyses ne sont pas usuelles, il faut fournir des références et indiquer, le cas échéant, le logiciel de calcul utilisé. Dans le cas des méthodes d'analyses quantitatives, il est important d'indiquer précisément la méthode d'analyse statistique retenue ainsi que les choix qui sont faits quant à son application : par exemple, seuil de signification statistique, correction de l'erreur d'ensemble, validation croisée, diagnostics divers, etc. S'il s'agit d'une analyse qualitative, il faut bien l'identifier et en expliquer les étapes.

3.5 Considérations éthiques

La plupart du temps, la recherche en éducation implique des sujets humains et il est important de garantir que l'on a respecté certaines considérations éthiques : 1) confidentialité (comment garantir l'anonymat des participants), 2) obtention du consentement éclairé (résumer la lettre ou la joindre en annexe), 3) transmission aux participants de l'information sur les résultats de la recherche, etc. Pour chacune de ces catégories, indiquez au lecteur les mesures prises au cours de la réalisation de ce projet de recherche. En ce qui concerne la lettre, il est recommandé de 1) rappeler les objectifs de la recherche; 2) d'indiquer comment vous avez codé les propos de ces participants de façon à les rendre anonymes; et 3) de dire comment les enseignants ont été informés des résultats de la recherche.

4. Résultats (développement théorique pour une recherche de type théorique)

Cette section est strictement réservée à l'application de la méthode d'analyse des données ou de l'approche théorique et permet de vérifier l'atteinte de l'objectif spécifique ou la validation complète ou partielle de l'hypothèse de recherche. La section consacrée aux résultats est généralement très factuelle dans le cas d'une recherche de type empirique, mais beaucoup plus détaillée s'il s'agit d'une recherche de type théorique.

5. Discussion des résultats

La section réservée à la discussion permet de mettre en relation les résultats obtenus à l'intérieur de cette recherche, ou le développement théorique, avec ceux qui ont été présentés au préalable à l'intérieur des écrits scientifiques antérieurs. De cette manière, il devient plus facile, pour le lecteur, de bien saisir les limites de votre propre projet de recherche et de porter un jugement sur la validité des interprétations qui en découlent.

6. Conclusion

La conclusion débute par un bref résumé de la recherche. Elle se poursuit par un exposé des limites de celles-ci et quelques pistes pour des projets de recherche futurs.

Références

Pour les références, adoptez le style APA adapté par la *Revue* (http://www.rse.umontreal.ca/apa.2013_03_18_01.pdf). La *Revue* n'accepte pas les références qui ne sont pas encore publiées (soumises, sous presses, acceptées, etc.) ou qui correspondent uniquement à un site web : elles doivent avoir été officiellement publiées. Un astérisque précèdera les documents utilisés dans le cadre d'une méta-analyse. Le détail des règles de présentation des références est donné à l'intérieur des règles de présentation d'un article destiné à la *Revue*. En voici quelques exemples.

Banville, D. (1994). *Le passage du primaire au secondaire sur le plan du contenu enseigné en éducation physique* (mémoire de maîtrise non publié). Université Laval, Sainte-Foy, Québec.

- Jenkins, J. R., Dale, P. S., Mills, P. E., Cole, K. N., Pious, C. and Ronk, J. (2006). How special education preschool graduate finish: status at 19 years of age. *American educational research journal*, 43(4), 737-781.
- Kalubi, J.-C., Detraux, J.-J. et Larivée, S. J. (2006). Participation des familles en contexte d'inclusion sociale : une contribution en faveur de la bienveillance des élèves. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(3), 517-524.
- Karsenti, T. and Thibert, G. (1998). *The interaction between teaching practices and the change in motivation of elementary-school children*. Paper presented at the annual conference of the American educational research association (AERA), San Diego, California. (Document ERIC n° ED420397)
- Lebrun, N., Verreault, L. et Perreault, D. (2007). *Intégration et expérimentation du programme de développement des compétences informationnelles dans le cadre de la formation des étudiants maîtres à l'UQAM*. Actes du 24^e congrès de l'AIPU. Montréal, Québec : Association internationale de pédagogie universitaire.
- Leroy, V., Dayez, J.-B., Mikolajczak, M. et Grégoire, J. (2011). Gérer la tentation en situation d'apprentissage : comparaison de la réévaluation cognitive avec l'obéissance à un ordre. *Revue des sciences de l'éducation*, 37(3), 489-506.
- Lessard, V., Chouinard, R. et Bergeron, J. (2009). Incidence de la motivation des élèves du secondaire sur leur classement en mathématiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(3), 217-235.
- Magis, D. (2006). *A new use of likelihood-ratio statistic to detect decisive subgroups of populations in testing homogeneity of proportions*. Working paper n° 06.001. Liège, Belgium University of Liège, Department of mathematics.
- Ménard, L. et Semblat, C. (2006). La motivation des élèves de formation professionnelle à poursuivre leurs études dans un programme technique harmonisé. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(2), 395-415.
- Mialaret, G. (2003). *Propos impertinents sur l'éducation*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire – Enseignement primaire*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Newstead, S., Bradon, P., Handley, S., Evans, J. and Dennis, I. (2002). Using the psychology of reasoning to predict the difficulty of analytical reasoning problems. In S. H. Irvine and Kyllonen, P. C. (eds), *Item generation for test development*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Parent, C. (1986). *The assessment of academic self-concept* (unpublished doctoral dissertation). University of Toronto, Toronto, Ontario.
- Pharand, D. (2007). L'évaluation de l'enseignement des sciences infirmières en milieu clinique : des compétences à développer, plutôt que des comportements à prioriser. *Revue des sciences de l'éducation*, 33(3), 224-245.
- Raïche, G. (2004). Le testing adaptatif. Dans R. Bertrand et J.-G. Blais (dir.), *Modèles de mesure - L'apport de la théorie des réponses aux items*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Raïche, G. et Noël-Gaudreault, M. (2008). Article de recherche théorique et article de recherche empirique : particularités. *Revue des sciences de l'éducation*, 34(2).
- Richard, J.-F. (1998). *La mesure et l'évaluation de la performance en jeux et sports collectifs : la participation des élèves du primaire dans une perspective d'évaluation authentique* (thèse de doctorat non publiée). Université Laval, Sainte-Foy, Québec.
- Sheng, Y., Flournoy, N. et Osterlind, S. J. (2007). *Up-and-down procedures for approximating optimal test designs using person-response functions*. Proceedings of the GMAC computerized adaptive testing conference. Minnesota, Minnesota: Graduate management admission council.
- Simon, M. et Forgette-Giroux, R. (2003). Évaluer pour informer : l'utilisation du dossier d'apprentissage. Dans M. D. Laurier (dir.) : *Évaluation et communication - De l'évaluation formative à l'évaluation informative*. Montréal, Québec : Éditions Québecor.
- Van Gennep, A. (1960). *The rites of passage* (2nd edition). Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.

ANNEXE

FIGURES ET TABLEAUX

La numérotation, autant des figures que des tableaux, est en chiffres arabes. De plus, chaque figure ou tableau doit être placé sur une page séparée. Chaque figure ou tableau ne doit pas utiliser plus d'une page, sinon, il faut scinder le tableau ou la figure en plus d'un tableau ou d'une figure. Pour les figures, un fichier image dans le format du logiciel dans lequel elles ont été créées est aussi exigé.

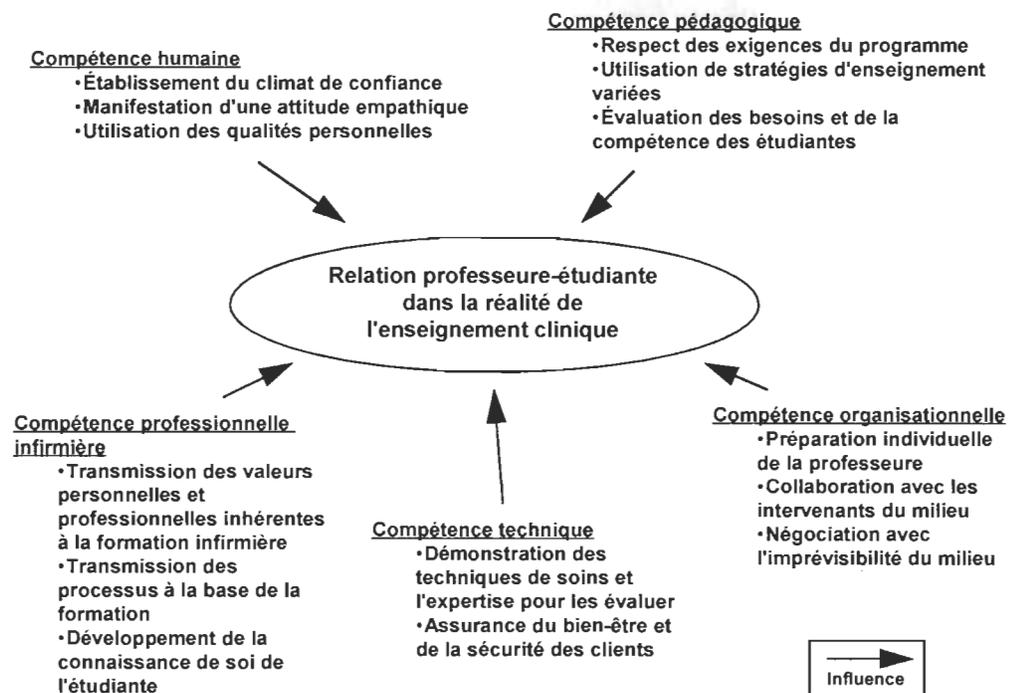


Figure 1. Exemple de figure : illustration schématisque des compétences comme éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique (adapté de Pharand, 2007)

Il faut faire attention dans l'utilisation des lignes dans le tableau. Pour bien comprendre ce qui est exigé, imprimez cet exemple.

Dans le logiciel *Word*, pour modifier les bordures du tableau, on doit utiliser le sous-menu Bordure et trame du menu Format. Avec *Open Office*, on utilisera : Tableau – Propriétés du tableau – Bordures.

Tableau 1
Exemple de tableau avec sous titres de colonnes (adapté de Ménard et Semblat, 2006, p. 402)

Programme	Oui		Peut-être (tout de suite)		Peut-être (plus tard)		Non	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Soutien informatique	26	18	22	15	8	5	44	30
Techniques d'usinage	3	2	5	3	6	4	86	56
Électronique	88	14	0	0	6	1	6	1

Tableau 2
Exemple de tableau avec sous titres de colonnes (Lessard, Chouinard et Bergeron, 2009, p. 225)

Effet	Critère de l'ajustement du modèle		Test du rapport de vraisemblance	
	-2 Log vraisemblance du modèle réduit		χ^2	<i>dl</i>
Modèle de base	7938,76		65,42*	3
Perceptions de compétence	8288,73		415,39*	3
Attribution du succès à l'effort	7912,27		38,93*	3
Utilité	7875,80		2,46	3
Intérêt	7900,19		26,85*	3

* $p < 0,001$

Tableau 3

Exemple de tableau avec sous-sections. Statistiques descriptives (adapté de Leroy, Dayez, Mikolajczak et Grégoire, 2011, p. 498)

	Groupes		
	Réévaluation	Injonction	Contrôle
	<i>M(S_m)</i>	<i>M(S_m)</i>	<i>M(S_m)</i>
Contrôle de la manipulation : réévaluation de la tâche			
Tâche 1 (pré-manipulation)	3,73 (1,53)	3,69 (1,89)	4,00 (1,83)
Tâche 2 (post-manipulation)	4,57 (1,65)	3,75 (2,01)	4,11 (1,85)
Variables contrôles			
Valeur pré-manipulation (tâche 1)	11,90 (3,30)	12,13 (4,16)	12,62 (2,99)
Mémoire associative (test 1)	15,47 (6,14)	14,56 (6,80)	15,36 (5,92)
Mémoire visuelle	11,43 (1,10)	11,78 (0,79)	11,79 (0,57)
Intérêt pour le vin	2,53 (1,46)	2,56 (1,74)	3,29 (1,98)
Variables dépendantes (post-manipulation)			
Susceptibilité à la tentation	3,13 (4,73)	6,59 (5,82)	6,14 (5,58)
Performance (test 2)	19,25 (7,23)	15,67 (5,79)	15,29 (6,37)
Valeur (tâche 2)	12,76 (3,95)	10,42 (4,35)	11,42 (3,52)

Appendice C :
Évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : Protocole pour les
psychoéducateurs



ÉVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE

PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

Jean-Yves Bégin, M.Sc.
Psychoéducateur
Doctorant en psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation

Sous la direction de
Caroline Couture, Ph.D. et Line Massé, Ph.D.
Professeures
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation

TABLE DES MATIÈRES

1. Le projet de recherche	6
2. Avant-propos	7
3. La procédure générale : les deux niveaux d'évaluation	8
4. Le 1 ^{er} niveau d'évaluation:	
L'évaluation fonctionnelle du comportement (ÉFC) ¹	10
4.1 L'efficacité de l'ÉFC : les données probantes à l'appui	10
4.2 Les limites et les inconvénients de l'ÉFC	11
4.3 Le modèle théorique derrière l'ÉFC	11
4.4 Les étapes de l'ÉFC	16
5. Le 2 ^e niveau d'évaluation:	
Le bilan clinique	26
5.1 Les cadres théoriques du deuxième niveau d'évaluation	26
5.2 Évaluer en ayant une approche holistique :	
comment y arriver?	28
6. Les centrations de l'évaluation à partir d'une approche différentielle	36
6.1 L'orientation des choix de centrations d'évaluation	40
6.2 Le dépistage systématique du TDAH	41
6.3 La comorbidité une réalité complexe	42
6.4 Les considérations en fonction du genre de l'élève	48
7. Conclusion	52
8. Références bibliographiques	54

Nous tenons à remercier les
Fonds de recherche sur la société et la culture
pour le support financier.

Fonds de recherche
Société et culture
Québec 

TABLE DES FIGURES ET SCHÉMAS

Figure 1. Schéma décisionnel général du protocole d'évaluation	9
Figure 2. Modèle classique et actuel d'analyse d'une séquence comportementale	11
Figure 3. Les différents types d'antécédents de la situation.....	12
Figure 4. Hypothèse clinique d'une séquence comportementale et de sa fonction	17
Figure 5. Exemple de trajectoire alternative d'une hypothèse clinique.....	24
Figure 6. Schéma conceptuel des facteurs impliqués dans la genèse des troubles du comportement.....	31
Figure 7. Continuum des méthodes de collecte de données directes et indirectes Shapiro et Kratochwill, 2000.....	33
Figure 8. Représentation schématique des changements de prévalences des troubles de comportement perturbateur et leur comorbidité selon l'âge développemental.	46

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Types de conséquences.....	14
Tableau 2. Fonctions secondaires des comportements perturbateurs.....	15
Tableau 3. Définitions opérationnelles des comportements	17
Tableau 4. Description des principales techniques d'observationutilisées en milieu scolaire.....	20
Tableau 5. Guide de collecte d'information dans les dossiers antérieurs de l'élève?	32
Tableau 6. Thèmes pouvant être abordés afin de constituer l'anamnèse de l'élève.....	35
Tableau 7. Troubles intériorisés.....	38
Tableau 8. Troubles extériorisés et neurodéveloppementaux	39

1. LE PROJET DE RECHERCHE

Parmi les élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA), ceux affichant d'importantes difficultés d'adaptation, notamment sur le plan du comportement, voient fréquemment leur réussite scolaire compromise (MELS, 2007). Afin de répondre aux besoins de ces élèves et de mettre en place des plans d'intervention qui favoriseront leur réussite, les professionnels du milieu scolaire se doivent d'évaluer de façon rigoureuse leur situation (Massé, Bégin et Pronovost, 2014). Les psychoéducateurs occupent une place de plus en plus importante parmi les professionnels du milieu scolaire et la nouvelle loi 21, modifiant le Code des professions du Québec, vient récemment de leur confier un mandat d'évaluation très spécifique en lien avec les élèves en difficulté. Cependant, la psychoéducation étant une profession relativement jeune, peu de pratiques standardisées ont été proposées en lien avec l'évaluation des personnes. C'est pourquoi, après avoir développé un guide d'évaluation psychoéducative général, l'Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec (OPPQ) désire développer des protocoles pouvant guider la pratique évaluative des psychoéducateurs de façon plus spécifique dans différents milieux d'intervention. À l'heure actuelle, rien de spécifique au mandat conféré par la loi 21 n'a été développé pour les psychoéducateurs en milieu scolaire. Par conséquent, il devient opportun d'offrir à ces professionnels un cadre de référence validé qui orientera leur démarche d'évaluation auprès des élèves en difficulté, favorisant ainsi une action évaluative rigoureuse et méthodique.

L'objectif général de ce projet de recherche est de développer un protocole d'évaluation pour les psychoéducateurs afin de les guider dans leur pratique évaluative des troubles de comportement des élèves à l'école primaire.

Plus précisément, les objectifs spécifiques de cette recherche sont :

1. Décrire la pratique évaluative des difficultés de comportement des psychoéducateurs en milieu scolaire.
2. Relever les besoins, les limites et les contraintes auxquelles les psychoéducateurs sont confrontés dans leur pratique évaluative des troubles de comportement.
3. Élaborer un protocole d'évaluation à partir de l'information issue de la littérature scientifique et de l'expertise des psychoéducateurs.
4. Évaluer l'efficacité et de la pertinence du protocole proposé.

En lien avec les objectifs de recherche, le projet comporte trois phases :

Phase 1. Collecte d'information concernant la réalité des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire en matière d'évaluation des troubles du comportement par l'entremise de groupes de discussion et d'entrevues téléphoniques.

Phase 2. Validation de ce qui a émergé des groupes de discussion et des entrevues téléphoniques par l'entremise d'un questionnaire (complété en ligne via un site web sécurisé) administré à l'ensemble des psychoéducateurs du Québec œuvrant en milieu scolaire primaire. Ces informations collectées avec ce questionnaire permettront de dresser un portrait plus quantitatif de la pratique évaluative des psychoéducateurs.

Phase 3. Expérimentation d'un protocole d'évaluation basé d'un amalgame entre ce que la littérature scientifique prescrit de faire en terme d'évaluation des troubles de comportement et ce qui correspond à la réalité des psychoéducateurs sur le terrain. Cette phase d'expérimentation comprend une journée de formation pour l'utilisation du protocole, du temps d'assistance (entretien téléphonique, déplacement dans le milieu si nécessaire, etc.) et une entrevue sur la pertinence et l'efficacité du protocole une fois utilisé.

Retombées anticipées du projet :

- Offrir aux psychoéducateurs une méthode articulée qui s'appuie sur une synthèse des connaissances et des facteurs associés aux troubles du comportement et qui intègre des pratiques innovantes en évaluation réputées pour leur efficacité.
- Offrir aux psychoéducateurs une méthode efficace afin de dresser un portrait rigoureux, global et nuancé de la situation d'un élève permettant ainsi de faciliter les prises de décisions, l'élaboration de plans d'intervention et le choix des cibles d'interventions en fonction des forces et des difficultés de l'élève.
- Offrir aux psychoéducateurs une méthode efficace pour communiquer les résultats de l'évaluation aux parents et aux autres intervenants impliqués dans le dossier.
- Contribuer au développement de l'identité professionnelle du psychoéducateur en milieu scolaire en définissant mieux son rôle, son apport clinique et son action évaluative en tenant compte du nouveau contexte de loi régissant le Code des professions.

2. AVANT-PROPOS

Évaluer les troubles du comportement en milieu scolaire poursuit l'objectif d'émettre des hypothèses cliniques afin d'orienter les meilleures interventions pour accompagner l'élève, sa famille ainsi que l'école dans un processus de réadaptation. Cette opération est une action professionnelle qui doit être systématique et faite avec beaucoup de rigueur.

La proposition d'un protocole d'évaluation des troubles du comportement pour les psychoéducateurs en milieu scolaire primaire répond à des besoins de formation continue et permet de rendre disponible aux professionnels des outils, des procédures et des ressources qui, selon ses derniers, sont actuellement insuffisants dans leur milieu de travail. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces besoins toujours grandissants. Au-delà du manque de temps et d'argent, notons que l'afflux continu de connaissances provenant de la recherche peut contribuer à faire évoluer et enrichir les façons de faire et la compréhension des problématiques qui sont de plus en plus complexes. De plus, le nouveau contexte de loi qui régit les pratiques dans les mondes de la santé, des services sociaux et de l'éducation peut nous amener à repenser nos façons de faire afin de répondre aux exigences de rigueur qu'une telle législation implique. Par conséquent, il importe d'avoir recours aux avantages d'un protocole qui rapatrie les meilleures façons de faire, les instruments et les nouvelles connaissances sur les troubles du comportement en un seul outil spécifique et adapté à la réalité du milieu scolaire. De la sorte, nous espérons répondre à certains besoins de perfectionnement exprimés par les psychoéducateurs.

La méthode proposée est constituée d'étapes organisées selon la gravité et la persistance des troubles. En fait, l'intensité du travail, le déploiement des efforts et de la logistique sont modulés par des choix que le professionnel fait à chaque étape, et ce, en fonction de l'intensité des difficultés éprouvées par l'enfant. Considérant le caractère hétérogène et la complexité des problématiques, le protocole facilite la prise de décision et le jugement clinique des professionnels en offrant une analyse différenciée des troubles avec un regard holistique. Enfin, il permet au professionnel de scruter rapidement l'ensemble des causes possibles qui sont toutes recensées dans à même l'outil. De la sorte, on envisage réduire l'omission de variables causales ou le risque d'erreur tout en augmentant la rigueur et l'efficacité du travail.

Ce protocole est le fruit de quelques années d'études sur le terrain et de recherches documentaires sur les pratiques de pointe en évaluation et sur la genèse des troubles du comportement manifestés à l'école. Il s'appuie sur différents fondements théoriques dont les approches cognitive-comportementale, écosystémique et celle de la psychopathologie développementale. Le protocole se veut un guide de pratiques

et non une procédure à imposer. Le psychoéducateur dispose de son autonomie professionnelle pour adapter, réinventer, raffiner ou modifier la procédure pour ses propres besoins ou en fonction de son contexte de travail. Le psychoéducateur qui expérimentera le protocole bénéficiera de toute la latitude dont il dispose en tant que professionnel pour choisir ses instruments de mesure et ses méthodes d'évaluation qui lui seront proposés. Il lui revient la responsabilité d'avoir les compétences et de posséder la formation nécessaire (si elle est exigée) pour administrer les questionnaires et il doit être en mesure de reconnaître les limites inhérentes des instruments qu'il utilise. Enfin, le respect des droits d'auteurs pour certains instruments de mesure doit être garanti par l'acquiescement des frais relatifs à leur utilisation ou par la diffusion des sources bibliographiques. Il revient au professionnel la responsabilité d'entreprendre les démarches afin de se procurer les instruments de mesure en toute légalité.

Nous espérons que la procédure et les outils proposés seront à la hauteur de vos attentes et qu'ils faciliteront votre travail d'évaluation. Nous espérons surtout que l'utilisation du protocole soit profitable pour l'orientation et la planification de vos interventions, et ce, pour le but ultime d'assurer le bien-être de vos élèves.

3. LA PROCÉDURE GÉNÉRALE : LES DEUX NIVEAUX D'ÉVALUATION

Comme illustré à la figure 1, le protocole est constitué de deux niveaux d'évaluation. Le premier niveau est représenté par l'encadré vert et le deuxième niveau par l'encadré jaune. Ces deux niveaux d'évaluation correspondent à la distinction faite entre les difficultés comportementales et les troubles du comportement (Massé, Desbiens et Lanaris, 2014). Les troubles du comportement se différencient des difficultés par leur plus grande intensité, leur persistance, leur impact plus important sur l'entourage et par la possibilité qu'ils soient liés à une problématique de santé mentale. Par conséquent, l'élève qui présente de graves troubles du comportement a des besoins plus marqués, nécessitant beaucoup plus de ressources et d'énergie de la part des intervenants, que celui qui est en difficulté. À l'inverse, les difficultés comportementales sont temporaires et se définissent par des manifestations réactionnelles (désobéissance répétée, crises, retrait, etc.) liées à un contexte donné (changements biologiques, facteurs de stress aigus d'ordre social, culturel, etc.). Généralement, des interventions simples et ponctuelles sur l'environnement peuvent suffire pour régler la situation. Le premier niveau d'évaluation est de prime abord conçu pour l'analyse des difficultés comportementales. Cette étape s'articule au tour d'une procédure d'évaluation fonctionnelle du comportement (ÉFC) qui a comme principaux outils de collecte d'information, l'observation et l'entrevue. L'ÉFC permet de mettre en évidence la fonction ainsi que les variables personnelles ou environnementales à l'origine de la difficulté comportementale. Les résultats d'une ÉFC permettent de mettre rapidement en place des interventions afin de freiner l'aggravation des situations.

L'évaluation de deuxième niveau est prescrite lorsque les interventions menées à la suite d'une ÉFC sont infructueuses ou lorsque les hypothèses cliniques découlant de celle-ci ne sont pas concluantes. Dans d'autres cas, l'évaluation de deuxième niveau peut être enclenchée alors que les manifestations comportementales sont suffisamment graves et persistantes. Plus spécifiquement, l'évaluation de deuxième niveau est conçue pour l'analyse et la compréhension des troubles du comportement. Ce niveau d'évaluation prend la forme d'un bilan clinique. Beaucoup plus exhaustive et globalisante, cette procédure nécessite davantage de temps, de méthodes, de ressources et d'investigation. Les données collectées et les résultats d'une évaluation de premier niveau (ÉFC) doivent servir à l'évaluation de deuxième niveau. À l'inverse, si le deuxième niveau d'évaluation est de prime abord enclenché, il sera préférable de le bonifier par l'entremise d'une ÉFC. Au bout du processus, les résultats d'une évaluation de deuxième niveau servent à l'élaboration d'un plan d'intervention.

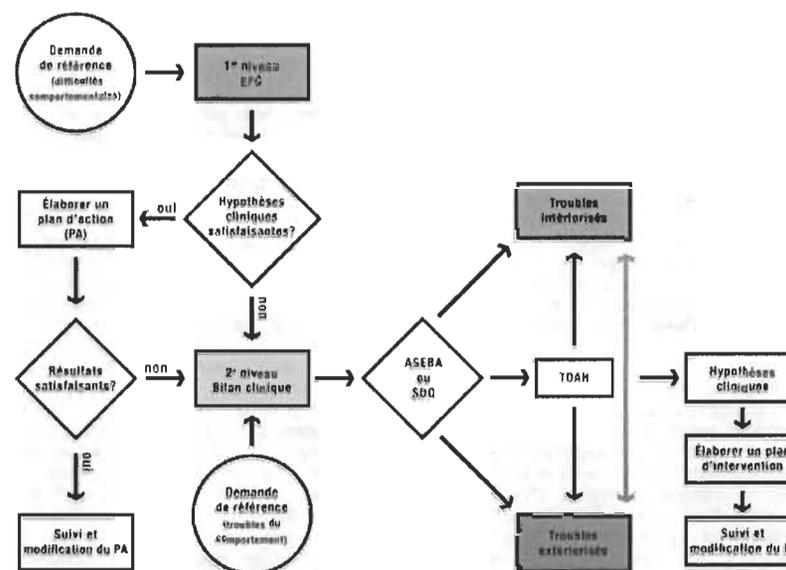


Figure 1. Schéma décisionnel général du protocole d'évaluation

Le rationnel derrière le choix d'avoir un protocole à deux niveaux d'évaluation correspond non seulement à la différenciation plus tôt évoquée entre les difficultés et les troubles de comportement, mais aussi à la conception qu'ont les psychoéducateurs de l'action évaluative. En effet, les résultats de l'étude préliminaire sur la description de la pratique évaluative des psychoéducateurs dans les écoles primaires du Québec démontrent que ceux-ci pratiquent deux formes d'évaluation. La première est plus ou moins structurée et est effectuée sur le champ, en contexte d'intervention. Cette forme d'évaluation découle principalement de faits d'observation et sert à mettre en place des interventions ponctuelles pour des problèmes mineurs de gestion comportementale. Plus structurée, la deuxième forme d'évaluation décrite par les psychoéducateurs nécessite davantage d'investigation, de ressources et de temps. Généralement, elle est pratiquée lorsqu'une demande de référence est faite par la direction de l'établissement ou pour des problèmes de comportement plus intenses et persistants. Les psychoéducateurs ont mentionné que ce type d'évaluation était mené plus fréquemment en fin d'année scolaire, pour des fins administratives, afin d'orienter les services subséquents, pour l'attribution des codes de difficulté en lien avec les troubles du comportement. En somme, la conception qu'ont les psychoéducateurs de la pratique évaluative concorde avec la différenciation établie entre les troubles de comportement et les difficultés comportementales. C'est ce qui explique l'orientation du protocole en deux niveaux d'investigation pour lesquels l'investissement de temps et d'énergie est différent et conditionné par la gravité de la situation ou le mandat d'évaluation.

4. LE 1^{ER} NIVEAU D'ÉVALUATION: L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE DU COMPORTEMENT (ÉFC)¹

Le contexte d'intervention des psychoéducateurs, qui est contraint par le temps et l'urgence d'agir, se prête bien à l'ÉFC. Cette procédure offre un cadre d'analyse qui allie plusieurs méthodes de collecte de données auprès de différents acteurs afin d'identifier les variables individuelles et environnementales qui influencent le comportement des élèves. Pragmatique et efficace, l'ÉFC permet la mise en place d'interventions individualisées très précises facilitant ainsi le travail de ces professionnels.

L'utilisation de l'ÉFC fait l'unanimité chez plusieurs instances dans le domaine de l'éducation. En fait, aux États-Unis, depuis 1997 une loi fédérale (Individuals With Disabilities Education Act; IDEA) qui régit la façon dont les états et les organismes publics doivent fournir des services d'éducation spécialisée impose l'utilisation d'une procédure d'évaluation fonctionnelle du comportement pour tous les enfants qui présentent des difficultés d'adaptation (Steege et Brown-Chidsey, 2005). Plus près de nous au Canada, plus particulièrement en Alberta, l'évaluation fonctionnelle du comportement est recommandée par le ministère de l'Éducation de l'Alberta pour chaque enfant qui présente des signes de difficultés comportementales sévères (MEA, 2009). En définition, l'ÉFC explore les raisons proximales d'un comportement humain qui pose problème (O'Neil et al., 2008). Elle identifie et décrit les facteurs susceptibles de déclencher et de renforcer les séquences comportementales (Breen et Fredler, 2003). Bref, c'est une procédure systématique pour comprendre les comportements ainsi que les facteurs qui contribuent à leur apparition et à leur maintien (Sugai, Lewis-Palmer et Hagan-Burke, 2000).

Concrètement, l'ÉFC permet :

- De décrire objectivement et de façon opérationnelle les problèmes de comportement de l'élève
- D'estimer l'ampleur des problèmes observés
- De distinguer les facteurs de l'environnement susceptible d'influer sur l'apparition des comportements problématiques (antécédents) ou de les maintenir (conséquences)
- De formuler des hypothèses explicatives à propos de ces comportements et de leurs fonctions pour l'élève
- De déterminer quelles sont les variables qui peuvent être modifiées pour améliorer la situation
- De planifier les interventions pour modifier les comportements de l'élève
- D'évaluer ultérieurement l'efficacité de ces interventions

4.1 L'EFFICACITÉ DE L'ÉFC : LES DONNÉES PROBANTES À L'APPUI

Un nombre impressionnant d'études ont été menées sur l'ÉFC. Uniquement pour le milieu scolaire, Hantley, Iwata et McCord (2003) ont recensé 87 études à partir des années 90 dans lesquelles des procédures semblables à l'ÉFC étaient employées. Depuis cette étude, le nombre de recherches sur l'ÉFC utilisées en milieu scolaire a plus que triplé et un nombre considérable de chapitres de livre à ce sujet a été publié (Steege et Watson, 2009). Cette accumulation de connaissances atteste la robustesse de l'ÉFC et son application à un large éventail de contextes, de situations et d'élèves. Or, plusieurs études indiquent que l'utilisation de l'ÉFC est la meilleure façon de faire pour élaborer un plan d'intervention destiné au trai-

¹ Les sections 1 à 4 sont tirées et adaptées de : Massé, L., Bégin, J.-Y. et Pronovost, J. (2014). L'évaluation psychosociale, la tenue de dossiers et la rédaction du rapport. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention*, (2^e éd., p.83-108). Montréal, Qc. : Gaetan Morin Éditeur.

tement des problèmes de comportement en milieu scolaire (Chandler et Dahlquist, 2006; Crone et Horner, 1999; Miller, Tansy et Hughes, 1998). D'ailleurs, d'autres études démontrent l'efficacité et l'utilité de l'ÉFC en faisant diminuer significativement les problèmes de comportement et en faisant augmenter la réussite scolaire chez les élèves présentant un trouble grave de comportement (Gable, 1996; Harrower, Fox, Dunlap et Kincaid, 2010; McLaren et Nelson, 2009; March et Horner, 2002;).

Comparativement aux interventions de type «essais et erreurs», celles basées sur une ÉFC favorisent plus rapidement des changements chez l'élève et s'avèrent plus efficaces à long terme. L'ÉFC a l'avantage de fournir une hypothèse clinique. Celle-ci guide et oriente les interventions et favorise les stratégies visant le développement d'habiletés au détriment de la punition. De la sorte, on augmente les probabilités d'un changement positif chez l'élève tout en s'assurant que ces changements se maintiennent dans le temps et se généralisent à d'autres contextes (Gable, 1996). En milieu scolaire, le professionnel qui applique l'ÉFC tire profit d'une formule structurée rigoureusement éprouvée pour évaluer et analyser les difficultés ou les troubles du comportement des élèves (Langevin et Guéladé, 2010). Elle est également facile à mettre en œuvre, tant au primaire (Crone, Hawken et Bergstrom, 2007) qu'au secondaire (Massé, Couture, Bégin et Levesque, 2013).

4.2 LES LIMITES ET LES INCONVÉNIENTS DE L'ÉFC

McDougal, Chafouéas et Waterman (2006) soulignent que cette méthode peut être exigeante en matière de temps, de ressources et d'énergie. D'ailleurs, Gable (1996) rapporte que quelques hypothèses cliniques peuvent être nécessaires avant d'arriver à bien cerner la fonction d'un comportement. Par ailleurs, si l'utilisateur ne prend pas en considération l'histoire de vie ou l'anamnèse de l'élève (antécédents familiaux et médicaux, histoire développementale, événements de vie, etc.), il peut être difficile de cerner les interactions complexes entre ses comportements et ses différents contextes de vie (McDougal, Chafouéas et Waterman, 2006). Enfin, l'ÉFC s'avère plus ou moins efficace pour l'analyse de comportements perturbateurs à faible fréquence d'apparition (les vols de fait ou les agressions physiques graves) ou pour les comportements de nature cachée (vol, le vandalisme ou l'usage de drogue illicite) (Walker, Ramsey et Gesham, 2004).

4.3 LE MODÈLE THÉORIQUE DERRIÈRE L'ÉFC

Il existe plusieurs modèles d'évaluation fonctionnelle, mais tous découlent du modèle classique A-B-C (A pour antécédent, B pour behavior et C pour conséquence) (Bijou, Peterson et Ault, 1968). Le modèle d'ÉFC qu'on propose est une adaptation du modèle classique et repris plus tard par Nelson et Hayes (1981), soit le modèle S-O-R-C (Situation-Organisme-Réponse-Conséquence). Ce modèle est plus répandu pour l'évaluation des difficultés comportementales. Il a pour avantage d'être simple à utiliser et de mieux tenir compte du vécu intérieur de l'élève comparativement au modèle classique A-B-C. La figure 2 présente l'évolution du modèle traditionnel A-B-C vers le modèle actuel S-O-R-C.

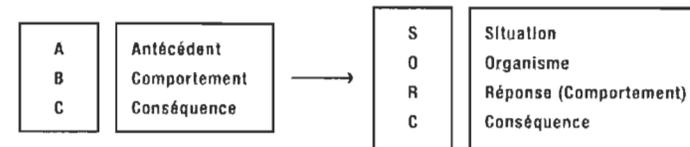


Figure 2. Modèle classique et actuel d'analyse d'une séquence comportementale

La situation ou le contexte (S)

La situation réfère aux événements précédant le comportement et qui influencent sa probabilité d'apparition. On les appelle aussi les antécédents des comportements. Illustrés à la figure 3, les antécédents comprennent tant les événements écologiques que les antécédents immédiats.

- Les événements écologiques se rapportent aux conditions habituelles de l'environnement où évolue l'élève (activités, personnel, horaire, local, bruit ambiant, densité, interactions sociales, etc.) et à sa situation particulière (motivations, états émotionnels, conditions physiques, maladies, médication, stress, etc.). Par exemple, un élève ayant un TDAH aura tendance à bouger davantage dans un grand espace que dans un espace restreint.
- Les antécédents immédiats précèdent directement l'apparition ou non du comportement. Ils comprennent les incitatifs et les stimuli discriminatifs. Pour les repérer, on peut se poser les questions suivantes à propos du comportement : Quand est-il adopté ? Depuis quand ? Où ? Avec qui l'élève se trouve-t-il alors ? Lors de quelles activités ? Dans quelle situation ?
- Les incitatifs sont des événements ou des stimuli qui facilitent directement la performance d'un comportement ou son adoption. Ils jouent un rôle majeur dans le développement d'un comportement : ils montrent à la personne ce qu'elle doit faire, quand le faire, où, comment. Quand une personne maîtrise partiellement un comportement, les incitatifs peuvent raffiner le comportement ou l'améliorer. Il peut s'agir par exemple des directives données pour une activité, d'un procédures ou d'un modèle à suivre.
- Les stimuli discriminatifs ou contrôles indiquent à la personne qu'un comportement particulier sera renforcé ou non dans une certaine situation. Par exemple, le jeune qui fait ses devoirs régulièrement avec son enseignant parce qu'il sait qu'elle vérifie régulièrement les devoirs et donne des conséquences lorsque ces derniers ne sont pas faits, alors qu'il ne fait pas ses devoirs en avec son enseignante spécialiste en anglais, car celle-ci ne vérifie pas ce qui est fait.

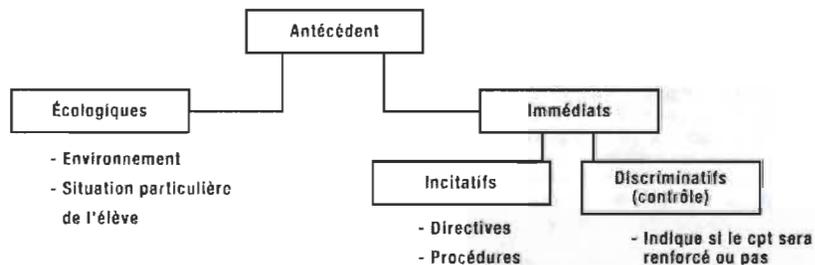


Figure 3. Les différents types d'antécédents de la situation

L'organisme (O)

L'organisme fait référence aux forces et vulnérabilités de la personne, à ses besoins et à ses motivations. L'organisme se rapporte aussi à l'ensemble des pensées, des émotions, des sensations physiques, des cognitions apparaissant chez l'élève lors de la situation.

Plusieurs pensées irrationnelles aussi nommées distorsions cognitives peuvent habiter l'esprit de l'élève au moment de la situation précédant le comportement. Les distorsions cognitives sont des erreurs d'interprétation ou des pensées exagérées de la situation qui suscitent des émotions négatives. Chez les élèves plus âgés du primaire, capables d'introspection, il peut être intéressant d'identifier ces distorsions cognitives dans la séquence comportementale. Une fois identifiées, l'intervention consisterait à les moduler en tentant d'aider l'élève à remplacer ces pensées irrationnelles par des pensées plus réalistes, plus aidantes et mieux adaptées à la situation. Massé (2014, p. 231) relève les principales distorsions cognitives ou pensées irrationnelles observées chez les élèves présentant des difficultés comportementales.

- L'abstraction sélective ou le filtre mental négatif : l'élève concentre son attention sur des détails ou certains éléments négatifs de la situation au lieu de la voir dans son ensemble (ex. : au cours d'une conversation avec son enseignant, l'élève ne retient que deux commentaires négatifs alors que l'enseignant lui a aussi donné huit commentaires très positifs).
- L'aggravation, la dramatisation ou la maximisation : l'élève dramatise en exagérant les faits (ex. : il se dit « Je suis horrible » à propos d'un petit défaut physique) ou en amplifiant un événement négatif mineur (ex. : il se dit « Tout le monde rit de moi » alors qu'il n'y a deux personnes dans un groupe qui s'en sont moquées).
- La banalisation, le dénigrement ou la minimisation : l'élève dénigre ou banalise les éléments positifs qui le touchent ou les aspects intéressants de sa vie (ex. : il se dit « Ce n'est que la chance »). Ou encore, il considère comme insignifiants, normaux ou sans intérêt ses qualités, les buts qu'il a atteints ou les aspects positifs de sa vie, alors qu'il considère ses défauts, les buts qu'il n'a pas atteints ou les aspects négatifs de sa vie comme plus importants ou plus gros qu'ils ne le sont en réalité.
- La condamnation : l'élève condamne injustement les autres pour ce qui lui arrive (ex. : il se dit « C'est à cause de lui » « C'est parce que l'enseignant ne m'aime pas ou ne m'aide pas »).
- Le défaitisme ou le pessimisme : l'élève tient pour acquis que les événements tournent toujours mal pour lui (ex. : il se dit « C'est normal, personne ne réussit dans ma famille »).
- L'inférence arbitraire : l'élève tire des conclusions sans preuve (ex. : l'élève conclut que le directeur veut le voir pour le punir, alors qu'il voulait lui transmettre un message).
- Les lois personnelles : l'élève croit que tous les autres doivent agir selon ses codes personnels, ses règles, ses préférences ou ses propres désirs (ex. : il affirme « Personne ne doit me dire quoi faire », « Mes parents doivent toujours me donner ce que je veux », « Un bon ami doit aimer les mêmes choses que nous »).
- La personnalisation : l'élève surestime sa responsabilité dans les événements négatifs (ex. : il se dit « C'est ma faute, j'aurais dû faire telle chose »).
- La surgénéralisation : l'élève généralise une situation ou un événement particulier à toute sa vie, ou un aspect de sa personnalité à toute sa personne (ex. : l'élève obtient un mauvais résultat dans une dictée et en conclut qu'il est nul en français). Ces pensées comprennent souvent des mots comme « toujours », « jamais », « tout le monde », « tout le temps ».
- La télépathie ou la projection : l'élève croit être en mesure de lire dans la tête des autres et de deviner leurs pensées (ex. : il se dit « Je suis sûr que les autres me trouvent stupide ») alors que ce qu'il imagine n'est souvent que le fruit de ses propres pensées.

La réponse (R)

La réponse correspond au comportement de l'élève.

Les conséquences (C)

Les conséquences se rapportent à tout stimulus ou événement survenant à la suite de ce comportement. Une conséquence à un comportement peut agir comme un renforcement ou une punition. Les conséquences désignent tant ce que le l'élève reçoit (attention, réprimande, récompense, privilège, etc.) que ce qu'il évite (travail ennuyeux à faire, réprimande, etc.) en manifestant un certain comportement. On distingue principalement quatre catégories de conséquences. Si la conséquence augmente la probabilité d'apparition de ce comportement, on parlera de renforcement. Si la conséquence diminue la probabilité d'apparition d'un comportement, on parlera de punition. Lorsque la conséquence implique le retrait d'un événement, on parlera de renforcement négatif s'il s'agit d'un événement négatif qui est retiré (ex. : congé de devoirs, ne vit pas d'intimidation lorsqu'il est malade en éducation physique) ou de punition négative s'il s'agit du retrait d'un événement positif (retrait de la classe où le jeune est avec ses amis). Lorsque la conséquence implique la présentation d'un événement, on parlera de renforcement positif s'il s'agit d'un événement positif qui est présenté (ex. : attention positive de l'adulte, permission, privilège, activité aimée, attention des pairs lorsque fait le clown en classe) ou de punition positive s'il s'agit de l'ajout d'un événement négatif (réprimande, copie, corvée). Le tableau 2 présente les types de conséquences selon les opérations effectuées.

Tableau 1. Types de conséquences

Opérations effectuées après l'émission du comportement	Types d'événements	
	Agréable	Désagréable
Présentation +	Renforcement positif	Punition positive
Retrait -	Punition négative	Renforcement négatif

La fonction des comportements

Habituellement, on attribue aux comportements deux fonctions principales, soit obtenir quelque chose de positif ou contraire échapper ou éviter quelque de désagréable. À partir de ces fonctions principales, Friend, Bursuk et Hutchinson (1998) distinguent huit fonctions secondaires (ou intentions) des comportements perturbateurs des élèves, lesquelles découlent des fonctions principales. Le tableau 2 présente une adaptation de la catégorisation proposée par ces auteurs qui comporte neuf fonctions. Au moment de poser une hypothèse sur les causes d'un comportement, il importe de tenter de décoder ce que ces comportements tentent de communiquer sur le plan des besoins de l'élève. Dans bien des cas, l'intervention consistera à trouver des moyens pour mieux répondre aux besoins de l'élève ou pour l'amener à trouver des comportements plus acceptables pour répondre à ceux-ci, que de vouloir chercher à éliminer ce comportement problématique en appliquant des conséquences négatives.

Tableau 2. Fonctions secondaires des comportements perturbateurs

Fonction	Illustration
RÉPONSE À UN BESOIN PHYSIQUE L'élève réagit pour satisfaire un besoin physique (manger, dormir, besoin d'espace, etc.) ou parce qu'un de ces besoins n'est pas satisfait.	Élizabeth fait régulièrement des crises de colère à la fin de la matinée si un autre élève l'ennuie. Son enseignante s'est rendu compte que c'était parce qu'elle avait trop faim, n'ayant pas suffisamment déjeuné le matin.
STIMULATION INTERNE L'élève réagit pour obtenir un renforcement positif sensoriel ou une stimulation sensorielle.	Dès que le rythme de présentation est lent, Xavier, qui a un TOAH, commence à jouer avec les objets qui l'entourent.
PROTECTION/ÉVITEMENT L'élève réagit particulièrement lorsqu'il se sent en situation de vulnérabilité. Il se protège et réagit pour éviter une activité qui lui est désagréable, pour mettre fin à une situation ou s'en sortir, ou encore pour échapper à une conséquence.	Marc est très faible en français, surtout en écriture. Dès que l'enseignant propose une activité d'écriture, il critique l'activité demandée (« C'est con! Ça ne nous sert à rien! ») et refuse de la faire.
POUVOIR/CONTRÔLE L'élève réagit pour avoir du pouvoir sur un événement ou une situation, ou les contrôler. Plus l'élève a vécu un blocage dans le processus de développement de la maturité, plus il réagit pour avoir du pouvoir sur ce qui lui arrive, plus il se sent vulnérable, et plus il cherche à contrôler un événement ou une situation par toutes sortes de moyens.	Dès qu'il y a un remplaçant, Kim refuse de faire tout ce qu'il propose et incite les autres à faire de même.
ATTENTION SOCIALE/COMMUNICATION L'élève réagit pour attirer l'attention sur lui.	L'élève ne se met à la tâche que lorsque l'enseignante s'approche de lui pour s'assurer que tout va bien et lui donner des explications individuelles au besoin.
ACCEPTATION/AFFILIATION L'élève réagit parce qu'il veut être choisi ou accepté par ses pairs ou un groupe de pairs.	Étienne est très talentueux sur le plan scolaire. Il fait le clown en classe pour ne pas avoir l'air d'un élève doué, croyant qu'il pourrait se faire rejeter pour cette raison.
EXPRESSION DE SOI L'élève réagit pour exprimer ses sentiments, ses pensées ou préoccupations, ou pour démontrer ses habiletés ou connaissances.	Mario-Soleil ne suit aucun des règlements concernant la tenue vestimentaire et les cheveux. Elle vient à l'école avec des habits déchirés et les cheveux mauves fluo.
GRATIFICATION L'élève réagit pour se sentir bien, pour avoir du plaisir ou pour avoir accès à des renforcements tangibles ou à des activités préférées.	Grégory vole l'argent de poche des autres élèves ou les objets qu'il désire.
JUSTICE/REVANCHE L'élève réagit parce qu'il a l'impression que ses droits n'ont pas été respectés ou qu'il y a injustice, pour demander une restitution ou pour se venger d'un tort subi (réel ou imaginaire).	Simon égratigne l'automobile de l'enseignant qui lui a donné une retenue la journée précédente.

4.4 LES ÉTAPES DE L'ÉFC

Étape 1 : Collecte de données et repérage des problèmes de comportement les plus importants

Au cours de la première étape, le psychoéducateur observe ou interroge les personnes significatives dans l'entourage de l'élève (enseignant, parents ou autres intervenants impliqués) afin de déterminer ses problèmes de comportement, leur fréquence, leur importance et leur intensité, ainsi que les circonstances dans lesquelles ils apparaissent. Il faut orienter la collecte d'information à l'aide du modèle S-O-R-C afin de documenter ses composantes de manière à faciliter l'analyse de la séquence comportementale ainsi que la fonction du comportement. L'information peut être colligée par l'entremise d'entrevues brèves, de questionnaires, d'archives et d'observation directe informelle. L'observation participante du sujet dans un contexte informel reste l'une des méthodes à privilégier lors des premières étapes de la collecte de données. Autrement par entrevue, les répondants peuvent rapporter de façon anecdotique les faits importants concernant les comportements problématiques, mais aussi les circonstances où l'élève se comporte correctement. Il peut être utile qu'à cette étape l'intervenant fasse une évaluation écologique de l'environnement dans lequel les comportements apparaissent. Par la suite, ces comportements sont classés par ordre de priorité, selon l'urgence de l'intervention qu'ils nécessitent. Pour établir ces priorités, on considère habituellement les conséquences du comportement pour l'élève lui-même (bien-être, sécurité, apprentissages, acceptation sociale, etc.) et pour son environnement (effet sur le bien-être, la sécurité et les apprentissages des autres élèves, effet sur la gestion de classe ou sur l'enseignant, sur l'environnement physique, etc.) ainsi que les possibilités d'aggravation des comportements. Ces canevas d'entrevue se retrouvent en annexe. Ils peuvent aussi être administrés sous forme de questionnaire. En détail, à l'annexe A on retrouve un canevas général d'entrevue qui peut être mené auprès de l'enseignant. L'annexe B présente un canevas d'entrevue spécifique afin de documenter les caractéristiques de l'élève (Organisme). L'annexe C présente un canevas d'entrevue spécifique afin de documenter les antécédents du comportement (Situation). Enfin, l'annexe D présente un canevas d'entrevue spécifique afin de documenter les conséquences du comportement (Conséquence).

Étape 2 : Définir de façon opérationnelle les comportements

Après avoir placé par ordre de priorité les comportements les plus problématiques, on tente de les définir de façon opérationnelle afin d'éviter toute subjectivité et de s'assurer que tous les acteurs impliqués aient la même vision de la réalité. La définition opérationnelle permet de décrire un comportement de façon précise, c'est-à-dire d'une façon indépendante des perceptions subjectives des observateurs et des incidences du hasard.

Le comportement désigne une action verbale ou non verbale qui est observable ou perceptible par au moins un de nos sens, qui est mesurable (c'est-à-dire qui est clairement délimitée par un commencement et une fin) et qui est susceptible de se répéter. La définition opérationnelle d'un comportement exige que ce dernier soit défini à partir d'unités comportementales. Par exemple, les interactions sociales doivent être observées à partir de comportements tels organiser des jeux, partager le matériel, porter assistance, demander de l'aide. Chacun de ces comportements doit être défini opérationnellement. Dans l'exemple plus haut, organiser des jeux pourrait être défini comme « un comportement impliquant une activité, un rôle ou un jeu visant l'intégration sociale d'un pair dans une activité ou son maintien dans l'activité en cours ». Le tableau 3 fournit d'autres exemples de définitions opérationnelles de comportements.

Tableau 3. Définitions opérationnelles des comportements

JUGEMENT DE VALEUR OU DÉFINITION NON OPÉRATIONNELLE	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE
L'ÉLÈVE EST INATTENTIF	<ul style="list-style-type: none"> • L'élève ne regarde pas l'enseignant lorsqu'il donne des consignes. • L'élève interrompt fréquemment son travail ou son jeu pour prêter attention à des éléments distrayants ou à des événements sans importance. • L'élève perd ou oublie souvent des objets nécessaires à ses activités scolaires, à l'école ou à la maison. • L'élève donne des réponses qui ne sont pas liées à ce qui est demandé.
L'ÉLÈVE EST PARESSEUX	<ul style="list-style-type: none"> • L'élève commence son travail au moins cinq minutes après les autres élèves. • L'élève reste à sa place et ne fait rien alors qu'il est censé travailler. • L'élève termine moins de la moitié des exercices demandés.
L'ÉLÈVE EST AGRESSIF	<ul style="list-style-type: none"> • L'élève agresse physiquement les autres élèves : il frappe, tape, pousse un élève, il donne un coup de pied, une claque, une jambette à un élève, il tire sur un élève, etc.

La description du comportement problématique doit également comporter des informations sur la fréquence d'apparition de ce comportement, sur sa durée lorsqu'il apparaît et sur son intensité ou sur son impact sur le fonctionnement de l'élève (ou son adaptation scolaire et sociale) ou sur le fonctionnement du groupe.

Étape 3 : Élaboration d'hypothèses cliniques sur la séquence comportementale et sur la fonction du comportement

À partir des données recueillies à l'étape 1, des hypothèses cliniques sont émises sur la séquence des comportements et leur fonction. Les hypothèses sont généralement composées de cinq éléments soit le comportement en question (R), la situation ou le contexte (S) qui semble influencer son apparition, les caractéristiques de l'élève (O) qui peuvent avoir un impact sur son comportement, les conséquences qui suivent le comportement (C) et sa fonction. Prenons l'exemple de Steve qui est présentement en 4^e année. Steve présente une dyspraxie, il est souvent en conflit avec ses pairs et perturbe continuellement son cours d'éducation physique (interrompt l'enseignant, lance des objets aux pairs, dit à voix haute des plaisanteries pour faire rire les autres). Après la collecte d'information, on émet l'hypothèse suivante: lorsque Steve est dans son cours d'éducation physique (antécédent écologique) (S), il vit de l'intimidation (antécédent immédiat) (S). Steve présente des difficultés sur le plan moteur (O) et sur le plan des habiletés sociales (O) ce qui l'amène perturber le cours (R). Devant les comportements inappropriés, il reçoit des avertissements de l'enseignante (C) et se fait retirer de la classe (C) évitant ainsi de faire le cours (fonction). La figure 4 présente un schéma simplifié de l'hypothèse. Les hypothèses sur la séquence comportementale peuvent être confirmées, ou mieux détaillées, grâce à une observation directe et systématique.

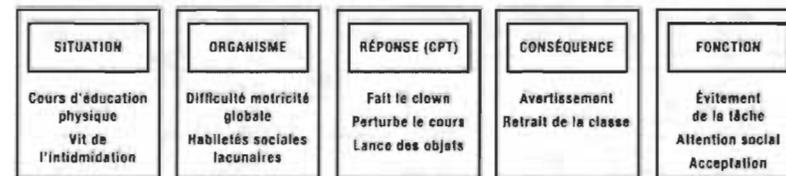


Figure 4. Hypothèse clinique d'une séquence comportementale et de sa fonction

Étape 4 : Observation directe des comportements

Pour compléter les informations relevées et avoir une vue plus précise des séquences comportementales, de la fréquence ou de l'importance des comportements ciblés, le psychoéducateur peut procéder à une observation directe systématique des comportements définis de façon opérationnelle. Une méta-analyse sur l'ÉFC révèle que l'observation directe des comportements dans le milieu naturel (classe, cour de récréation, etc.) est la principale méthode de collecte d'informations (Kern, Hilt et Gresham, 2004). Lors de ces observations, on doit varier les moments d'observation, les journées ainsi que les activités afin que l'aperçu de la situation soit le plus représentatif possible de la situation de l'élève. Il est conseillé de procéder au moins à trois séances d'observation, leur durée variant selon la technique utilisée : habituellement, plus la technique est structurée, moins la période d'observation est longue (environ 20 minutes). Les lignes qui suivent présentent les principales techniques d'observation ou d'enregistrement des comportements pouvant être utiles en milieu scolaire. Le tableau 4 présente une synthèse de ces techniques en spécifiant leur utilité, les données qu'elles permettent de consigner, les outils pouvant être utilisés ainsi que leurs avantages et désavantages respectifs de chacune des techniques. Les psychoéducateurs qui désirent approfondir leurs connaissances sur les méthodes d'observation ou avoir des exemples d'instruments pouvant être utilisés pour enregistrer les comportements peuvent consulter les ouvrages de Berthiaume (2004), Champoux, Couture et Royer (1992), Sattler et Hodge (2006) ou Pronovost, Caouette et Bluteau (2013).

- **L'observation écologique ou de l'environnement** : L'environnement dans lequel les comportements problématiques apparaissent est observé et décrit. Cette évaluation a pour but de déterminer les attributs physiques et psychologiques de l'environnement dans lequel les comportements apparaissent, donc de cerner certains antécédents des comportements. L'observation écologique aide à déterminer comment l'environnement concourt à la présence des comportements problématiques ou des symptômes d'un élève présentant des difficultés comportementales. Par exemple, en milieu scolaire, on pourrait observer l'aménagement de l'espace, la gestion du temps, l'encadrement (règles, routine, rôles et responsabilités, etc.), les interactions sociales, les réponses aux besoins des élèves ou les techniques d'enseignement.
- **Le rapport narratif ou anecdotique (aussi appelée observation continue)**: Cette technique fournit une description en profondeur des comportements d'un individu ou d'un groupe dans le milieu naturel. Elle peut servir de point de départ à des observations plus systématiques. L'observateur décrit les faits importants concernant les comportements problématiques et les comportements appropriés de l'élève. Tout ce qui apparaît important est noté tel que cela apparaît (tant les points positifs que les points négatifs). Idéalement, afin de ne pas perdre d'informations utiles, les observations devraient être notées pendant que la situation se produit. L'observateur note des informations sur le comportement (faits, fréquence, durée, etc.), ses antécédents, ses conséquences et le contexte dans lequel se produit la réaction.
- **L'observation de la durée** : On s'intéresse ici à la durée (temps écoulé entre le début et la fin d'un comportement) ou au temps de latence (temps écoulé entre la fin d'un comportement et la réapparition de celui-ci) d'un comportement. L'observation de la durée est utile pour les comportements qui ont un début et une fin clairement identifiables puisqu'elle permet de mesurer le niveau initial d'un comportement avant d'instaurer une procédure de modification de comportement.
- **L'observation de type événementiel** : L'observateur cumule des informations sur la fréquence ou le nombre de fois qu'un ou des événements ciblés (ex. : lever la main) se produisent au cours d'une période donnée. Cette méthode d'observation est utile pour les comportements qui ont un début et une fin clairement identifiables. Elle permet aussi de mesurer le niveau initial d'un comportement avant d'instaurer une procédure de modification de comportement. Lors de l'évaluation, l'observateur doit noter la manifestation de comportements préalablement ciblés. Il peut également déterminer les

différents degrés d'intensité au comportement ciblé. Les comportements peuvent être notés séparément selon leur intensité. Les comportements qui laissent des traces permanentes ou des produits sont particulièrement faciles à observer (ex. : erreurs d'orthographe, nombre de dessins, etc.). Ils ne demandent pas la présence de l'observateur lors de leur apparition et peuvent être notés à un autre moment. Ce type d'observation peut également facilement se faire avec l'utilisation d'une caméra.

- **L'observation par échantillon de temps** : L'observateur observe brièvement un comportement à des moments précis, fixés à l'avance. Cette technique permet d'observer plusieurs individus à la fois et de les comparer entre eux. Elle est utile pour des comportements qui sont fréquents.
- **L'observation par intervalle** : La période d'observation est divisée en intervalles de temps égaux (de 5 à 120 secondes); l'observateur note à la fin de chaque intervalle (à l'aide d'un chronomètre, d'une minuterie ou d'une montre) si les comportements ciblés sont apparus dans cet intervalle. Habituellement, on utilise le premier intervalle pour observer et le second pour enregistrer, en alternant l'observation et l'enregistrement pendant toute la période d'observation. L'observation par intervalles est utile pour les comportements qui sont facilement observables, qui ne sont pas tout à fait discrets (ex. : écouter) et qui apparaissent fréquemment. Cette méthode permet de mesurer le niveau initial d'un comportement avant d'instaurer une procédure de modification de comportement.
- **L'échelle d'appréciation** : Les comportements sont observés et par la suite cotés sur une ou des échelles. Cette méthode est utile pour évaluer globalement les comportements et pour quantifier les impressions. Une échelle en 5 ou 7 points est recommandée pour la cotation des comportements.
- **L'auto-observation** : L'individu observe et relève ses propres comportements (séquence, durée ou fréquence), habituellement à l'aide de grille d'observation ou d'échelle d'appréciation telle que le rapport narratif, l'observation de type événementiel et observation de la durée. Cette technique permet d'avoir accès à des situations plus personnelles ou à des moments où l'intervenant ne peut observer.

Tableau 4. Description des principales techniques d'observation utilisées en milieu scolaire

Technique	Données consignées	Utilité	Outils	Avantages	Désavantages
OBSERVATION ÉCOLOGIQUE OU DE L'ENVIRONNEMENT L'environnement dans lequel les comportements apparaissent est observé et décrit.	Données descriptives ou qualitatives, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Environnement : aménagement physique, meubles, ambiance, niveau de bruit, éclairage, matériel éducatif, etc. • Gestion quotidienne : règles, routines, rôles et responsabilités, etc. • Interactions sociales : modes de communication, liens entre les personnes, etc. • Réponses aux besoins physiques, cognitifs, sociaux et émotionnels des élèves; stimulations offertes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utile pour déterminer les attributs physiques et psychologiques de l'environnement dans lequel les comportements apparaissent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet de notes • Liste à cocher • Grille d'observation • Description à thème 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de déterminer les facteurs qui peuvent influencer les comportements, de façon positive ou négative. • Fournit des données utiles pour le plan d'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enseignants et les parents peuvent être réticents à ce qu'un étranger vienne faire de l'observation dans leur classe ou dans leur maison. • Les personnes peuvent modifier l'environnement lors de l'observation, par désirabilité sociale.
RAPPORT NARRATIF OU ANECDOTIQUE (OU OBSERVATION CONTINUE) L'observateur décrit les faits importants concernant les comportements problématiques et les comportements appropriés de l'élève. Tout est enregistré tel qu'il apparaît.	<ul style="list-style-type: none"> • Données descriptives ou qualitatives. • Données non spécifiques. • Informations sur le comportement (faits, nombre de fois, durée, etc.), ses antécédents, ses conséquences et le contexte dans lequel se produit la réaction. • Description des comportements ciblés de l'individu observé, de la situation problématique ou des réactions de l'entourage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite le développement d'hypothèses sur les facteurs qui contrôlent les comportements (antécédents ou conséquences). • Fournit une description en profondeur des comportements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet de notes • Journal de bord • Rapport d'incident • Rapport quotidien • Description à thème 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournit un relevé des comportements de l'élève et des impressions générales. • Maintient la séquence originale des comportements. • Facilite la détermination des comportements plus problématiques. • Peut être fait en observation participante par l'enseignant, l'intervenant ou le parent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne fournit pas de données quantitatives. • Ne permet pas de valider l'importance d'un comportement. • Fournit des données peu généralisables. • Prend beaucoup de temps. • Difficile de tout enregistrer ; peut nécessiter le recours à des moyens audiovisuels. • Plus grande possibilité d'erreurs d'observation liées aux valeurs et aux théories personnelles.

Technique	Données consignées	Utilité	Outils	Avantages	Désavantages
OBSERVATION DE LA DURÉE On s'intéresse ici à la durée ou au temps de latence d'un comportement.	<ul style="list-style-type: none"> • Durée Détermination du temps écoulé entre le début et la fin d'un comportement. • Latence Détermination du temps écoulé entre la fin d'un comportement et sa réapparition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utile pour les comportements dont le début et la fin sont clairement définis. • Permet de mesurer le niveau initial d'un comportement avant d'instaurer une procédure de modification de comportement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet de notes • Journal de bord • Rapport quotidien • Grille d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> • N'exige qu'une montre, un chronomètre ou une horloge en guise d'instruments. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne permet pas de déterminer clairement la séquence des comportements. • Les raisons du comportement et les façons dont il se manifeste ne peuvent être établies. • Exige une attention continue de la part de l'observateur et ne permet donc pas d'observer plusieurs comportements ou plusieurs personnes à la fois.
	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence L'observateur note la manifestation de comportements préalablement ciblés. • Intensité L'observateur détermine les degrés d'intensité du comportement ciblé et il note ces comportements séparément, selon leur intensité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utile pour les comportements dont le début et la fin sont clairement définis. • Permet de mesurer le niveau initial d'un comportement avant d'instaurer une procédure de modification de comportement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet de notes • Journal de bord • Grille d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la détermination des comportements qui ont une faible fréquence d'apparition. • Facilite l'observation de plusieurs comportements en même temps d'une façon économique. • Fournit des informations sur la fréquence des comportements et sur leur évolution dans le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne permet pas de déterminer clairement la séquence des comportements. • Les raisons du comportement et les façons dont il se manifeste ne peuvent être établies. • Rend les comparaisons difficiles si les périodes d'observation ne sont pas les mêmes. • Fidélité des observations plus difficile à établir. • Précision directement liée à la qualité de la définition du comportement à observer. • Possibilité d'un plus grand nombre d'erreurs d'omission. • Inappropriée pour l'observation de comportements très fréquents ou qui s'étendent sur une grande période de temps.

Technique	Données consignées	Utilité	Outils	Avantages	Désavantages
OBSERVATION PAR ÉCHANTILLON DE TEMPS L'observateur observe brièvement un comportement à des moments précis, fixés à l'avance.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'élèves émettant un comportement cible. • Nombre de comportements adoptés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'observer plusieurs élèves à la fois et de les comparer entre eux. • Utile pour des comportements fréquents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne nécessite pas une attention continue pour effectuer l'observation. • Peut se faire facilement lors d'une observation participante (sans trop perturber l'activité en cours), par l'enseignant, le parent ou tout autre intervenant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se prête difficilement à l'observation de comportements peu fréquents.
OBSERVATION PAR INTERVALLE La période d'observation est divisée en intervalles de temps égaux (de cinq secondes à deux minutes) ; l'observateur note à la fin de chaque intervalle si les comportements ciblés sont apparus dans cet intervalle (le comportement n'est noté qu'une fois par intervalle). Habituellement, on utilise le premier intervalle pour observer et le second pour enregistrer, en alternant l'observation et l'enregistrement pendant toute la période d'observation.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'intervalles pendant lesquels les comportements apparaissent ou non. • Fréquence d'apparition des comportements pendant une certaine période de temps. • Proportion du temps pendant lequel un comportement est adopté. • Durée du comportement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utile pour les comportements qui sont facilement observables, qui ne sont pas tout à fait discrets (par exemple écouter) et qui apparaissent fréquemment. • Permet de mesurer le niveau initial d'un comportement avant d'instaurer une procédure de modification de comportement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> • Établit le lien entre le temps et le comportement. • Facilite la fidélité des observations. • Permet des observations qui sont peu coûteuses et de qualité. • Facilite l'observation de comportements spécifiques. • Permet d'observer plusieurs comportements en même. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige que l'observateur se consacre à cette tâche et qu'il ait reçu une formation spécifique. • Ne permet pas de déterminer clairement la séquence des comportements. • Les raisons du comportement et les façons dont il se manifeste ne peuvent être établies. • Possibilité que des comportements importants n'aient pas été ciblés au départ et soient oubliés. • Ne permet que difficilement l'observation de comportements peu fréquents. • Plus grande possibilité d'erreurs d'observation, par exemple les erreurs de codage et les réactions de l'observé (so sentant observé, l'élève ne réagit pas de façon habituelle). • Presque impossible à réaliser lors d'une observation participante.

Technique	Données consignées	Utilité	Outils	Avantages	Désavantages
ÉCHELLE D'APPRÉCIATION Les comportements sont observés pendant une certaine période de temps et par la suite cotés sur une échelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Score sur une échelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour évaluer globalement les comportements. • Pour quantifier les impressions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelles de Likert. • Echelles dimensionnelles (avec des qualificatifs dichotomiques). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation d'un grand nombre de comportements en peu de temps. • Permet d'évaluer rapidement plusieurs individus. • Permet une évaluation fine et détaillée des différents éléments du comportement. • Facilite les analyses statistiques et les comparaisons entre individus ou par rapport à une norme. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'échelle utilisée doit être valide et fiable. • Ne fournit pas d'information sur la séquence des comportements (antécédents et conséquences). • Possibilité d'erreurs d'observation comme l'effet de halo (jugements basés sur une impression globale), la tendance centrale (utiliser le milieu de l'échelle plutôt que les extrémités), la sévérité ou la générosité.
AUTO-OBSERVATION L'individu observe et relève ses propres comportements (séquence, durée ou fréquence), habituellement à l'aide d'une grille d'observation ou d'une échelle d'appréciation.	<ul style="list-style-type: none"> • Données descriptives ou qualitatives. • Fréquence des comportements. • Durée. • Intensité. • Scores sur une échelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la prise de conscience par l'élève de ses propres comportements. • Motive et stimule l'élève lorsque le respect des consignes de l'auto-observation est lié à un système de renforcement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnet de notes • Journal de bord • Rapport anecdotique • Rapport d'incident • Liste à cocher • Grille d'observation • Echelle d'appréciation 	<ul style="list-style-type: none"> • Donne accès aux pensées et aux émotions du jeune ainsi qu'à des comportements difficilement observables. • Favorise l'autocontrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut sembler complexe pour les jeunes enfants. • Négligence des jeunes à enregistrer les comportements ou falsification des relevés.

Traduction et adaptation de Sattler et Hodge (2006) et tiré de Massé, Bégin et Pronovost (2014)

Étape 5: Interprétation et élaboration de séquences comportementale alternative (trajectoire alternative)

Jusqu'à présent, les différentes informations recueillies visent à interpréter les fonctions du comportement, à déterminer les variables sur lesquelles les personnes significatives pourraient agir pour améliorer la situation et à mettre en place des interventions. Pour ce faire, on doit déterminer de façon précise :

1. Les comportements de remplacement qui sont appropriés et ont la même fonction, et que l'élève pourrait adopter (ex. : demander poliment à un autre élèves de l'aide lorsqu'il éprouve des difficultés).
2. Les interventions à effectuer sur la situation (contexte) ou les antécédents des comportements afin d'en prévenir leur apparition (ex. : veiller à adapter le choix et le niveau de difficulté des activités).
3. Les interventions à effectuer sur les conséquences pour favoriser l'apparition ou le maintien des comportements appropriés ou pour faire diminuer la fréquence des comportements non appropriés (encourager et renforcer les comportements positifs). La figure 5 présente l'élaboration d'interventions sous forme de trajectoire alternative à partir de l'hypothèse clinique émise à la troisième étape.

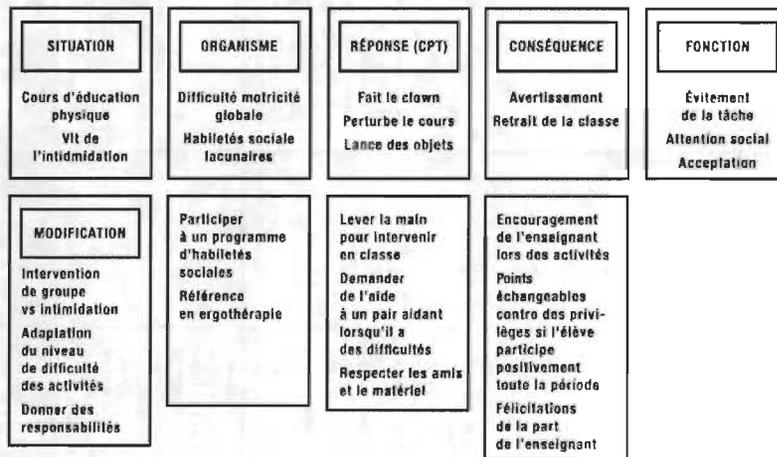


Figure 5. Exemple de trajectoire alternative d'une hypothèse clinique

À cette étape, comme plusieurs des interventions seront appliquées par l'enseignant, il est nécessaire de choisir les interventions avec celui-ci, afin qu'il soit d'accord avec leur application et qu'il se sente à l'aise de les mettre en place. Si le niveau de maturation de l'élève le permet, il devrait lui aussi être consulté pour l'élaboration de la trajectoire comportementale alternative.

Étape 6 : Planification de l'intervention

La planification de l'intervention est faite à partir de la trajectoire alternative. Elle met l'accent sur les stratégies à adopter pour :

1. Enseigner à l'élève les comportements appropriés de remplacement;
2. Modifier les antécédents et la situation (contexte) afin de diminuer les manifestations comportementales problématiques et d'augmenter les chances que les comportements appropriés se produisent;
3. Appliquer les conséquences appropriées afin de diminuer les comportements non désirés et d'encourager les comportements appropriés.

Enfin, la planification de l'intervention doit comprendre une procédure en cas de crise et l'élaboration d'indicateurs de réussite pour l'évaluation de son impact et de son efficacité.

À cette étape, comme plusieurs des interventions seront appliquées par l'enseignant, il est important d'offrir du soutien à ce dernier, afin de s'assurer qu'il comprend bien l'intervention, qu'il l'applique comme prévu et l'aider à apporter des ajustements si nécessaire.

Étape 7: Suivi et évaluation post-intervention

À cette étape finale, les stratégies et les données à collecter sont spécifiées afin de suivre la mise en œuvre des interventions planifiées et d'évaluer leur efficacité. Plus spécifiquement, on vérifie:

1. Si l'élève fait des progrès;
2. Si les interventions ont un impact positif dans sur les différentes sphères de sa vie (apprentissage, adaptation sociale, etc.);
3. Si les personnes qui gravitent autour de l'élève rapportent des changements notables dans les comportements de celui-ci;
4. Si la mise en œuvre et la planification des interventions ont été respectées.

Le maintien et la persistance des problématiques comportementales nous conduiront à une évaluation de deuxième niveau. Les prochaines sections du document se consacrent à ce type d'évaluation proposé dans le protocole

5. LE 2^e NIVEAU D'ÉVALUATION: LE BILAN CLINIQUE

Le deuxième niveau d'évaluation est conçu pour l'analyse approfondie et une compréhension globale des différentes causes relatives aux troubles du comportement. Ce niveau d'évaluation prend la forme d'un bilan clinique nécessitant davantage de temps, de méthodes, de ressources et d'investigation. Ce niveau d'évaluation, beaucoup plus exhaustif, peut-être enclenché lorsque les interventions menées à la suite de l'ÉFC n'ont pas porté fruit ou lorsque les manifestations comportementales d'un élève sont suffisamment graves, intenses et persistants. Enfin, le bilan clinique est utile lors d'évaluations à effectuer pour l'émission de codes administratifs ministériels de difficulté en lien avec les troubles graves du comportement, pour l'élaboration de plans d'intervention ou pour une demande de référence pour l'obtention d'un diagnostic médical relatif aux troubles de santé mentale.

5.1 LES CADRES THÉORIQUES DU DEUXIÈME NIVEAU D'ÉVALUATION

5.1.1 APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

L'orientation générale du deuxième niveau d'évaluation est conduite par l'approche de la psychopathologie développementale. Les tenants de ce champ d'études cherchent à comprendre l'adaptation humaine à travers le développement de l'individu et de son environnement (Cicchetti et Cohen, 2006). Le développement humain découle de l'interaction continue entre un organisme actif qui est en continu changement et un contexte dynamique, multidimensionnel en constante évolution. Bref, c'est l'interaction entre un individu en changement et son monde en mutation qui détermine les effets de causalité dans le développement humain (Cumplings, Davies et Campbell, 2000; Sameroff et Mackenzie, 2003). Il va sans dire que la complexité qui découle des multiples interactions entre l'individu et son environnement nous amène à tenter de considérer les phénomènes comme des totalités. Toutes les caractéristiques de l'individu et les éléments de son environnement sont en interaction, interdépendants et essentiels à la compréhension de la problématique de l'enfant. Il faut donc la traiter à l'aide d'une vision holistique, c'est-à-dire à partir d'une évaluation globale et intégrative dans une perspective développementale (Sroufe et Rutter, 1984; Cumplings, Davies et Campbell, 2000; Malti, Hsin-Ju Liu et Noam, 2010). À ce propos, il est d'intérêt de mener des évaluations dans plusieurs milieux de vie, à l'aide de plusieurs méthodes et auprès de plusieurs répondants, et ce, sur plusieurs dimensions du comportement de l'élève. C'est la triangulation des informations recueillies qui rendra compte de la complexité de toutes ces interactions individu-milieu. Il ne suffit pas d'analyser l'interaction individu-milieu pour dresser le portrait des difficultés de l'enfant. Ces interactions complexes doivent être contextualisées et interprétées selon les processus développementaux de l'enfant. Le développement suit une trajectoire ordonnée de changements physiologiques, cognitifs et sociaux qui conditionnent l'enfant. Donc, l'orientation de la trajectoire développementale de l'enfant sera le produit d'un équilibre complexe entre des séquences de développement qui surviennent dans différents milieux de vie et ses expériences de vie qui en découleront au fil du temps (Cumplings, Davies et Campbell, 2000). Or, dans le processus d'évaluation, non seulement il faut rendre compte de l'élève dans son environnement, mais il faut aussi le considérer par rapport à sa période de développement, d'où l'importance de bien documenter son histoire développementale et celle de sa famille. Si on résume les principaux tenants de cette approche (Toth et Cicchetti, 2010), l'évaluation des troubles du comportement devrait tenter de bien cerner les aspects suivants :

1. Les facteurs de risque et de protection qui influencent directement ou indirectement le sujet et son environnement tout au long du développement;
2. Les transformations développementales qui se produisent au fil du temps;
3. La fonction du comportement, les compétences émergentes et les tâches développementales qui peuvent modifier les manifestations d'un trouble ou précipiter une nouvelle symptomatologie;
4. Les cumuls de stress ou les événements stressants circonstanciels qui peuvent avoir des répercussions biologiques ou psychologiques, et ce, par rapport à la période développementale où le stress peut se produire.

5.1.2 MODÈLE ÉCOLOGIQUE DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN

Tout comme dans le champ d'études de la psychopathologie développementale, le modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979, 1989, 1996) tient compte d'échanges bidirectionnels entre l'élève et son environnement. Selon ce modèle, on appréhende les problèmes scolaires et psychosociaux en tenant compte des différents systèmes en interaction dans lesquels l'élève évolue. Concrètement, l'élève vit dans sa famille et passe une partie de sa journée à l'école. La maison et l'école sont situées dans un quartier qui lui, fait partie d'une société qui est régie par la culture et les politiques, et ce, à un moment précis dans le temps. Autrement dit, l'enfant fait partie d'un emboîtement de systèmes dans des niches écologiques qui sont interdépendantes. C'est par l'intermédiaire de variables proximales et distales situées dans chacun de ces systèmes que le développement de l'enfant est influencé et réciproquement, l'enfant influence à son tour ces variables. Ces variables sont connues sous le vocable des facteurs de risque (qui augmente la probabilité d'apparition d'un trouble) et de protection (qui tend à faire décroître le risque). On les retrouve dans l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. L'ontosystème se définit par l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences ou des déficits de l'enfant. Le microsystème réfère au milieu de vie immédiat de l'individu (sa famille, sa classe, son voisinage). Il se définit à travers les rôles occupés par les individus, les activités réalisées et les interrelations entre les acteurs qui y sont impliqués. Le mésosystème est composé des différents microsystèmes qui le composent. Il constitue donc le réseau de connexions entre les environnements immédiats que représentent ces microsystèmes (collaboration entre la famille et l'école). L'exosystème est défini par des paramètres de l'environnement externe qui influencent le développement de manière indirecte (par exemple, le contexte de travail des parents et la pauvreté exercent un stress sur la famille, ce qui altère la relation parent-enfant). Le macrosystème représente le contexte culturel, politique ou idéologique qui influence l'ensemble des autres systèmes. Enfin, le chronosystème, le plus récent élément ajouté au modèle de Bronfenbrenner, réfère au temps et à la succession des événements vécus par l'enfant dans le temps. Ce système permet de comprendre le cycle de la vie qui prend en considération l'histoire de vie de l'enfant et de sa famille. L'apport du modèle écologique à notre vision de l'évaluation des difficultés de comportement à l'école est considérable. En premier lieu, il vient appuyer l'argumentaire concernant l'élargissement des centrations d'évaluation à l'extérieur des murs de l'école en explorant tous les sites qui ont une influence sur l'évolution de l'enfant. En effet, les caractéristiques de l'enfant sont considérées de façon globale en considérant les facteurs familiaux, scolaires, sociaux, culturels, politiques et économiques. En second lieu, ce modèle met l'accent sur l'importance de documenter la chronologie des événements d'une vie susceptible d'influencer le comportement de l'enfant. Tout comme la trajectoire développementale de l'enfant et l'histoire développementale de sa famille, les éléments du chronosystème sont nécessaires pour contextualiser la problématique de l'enfant.

5.2 ÉVALUER EN AYANT UNE APPROCHE HOLISTIQUE : COMMENT Y ARRIVER?

L'approche holistique vise à prendre en compte la problématique de l'élève dans sa globalité. Pour ce faire, l'investigation du psychoéducateur doit se centrer sur plusieurs dimensions qui peuvent influencer le comportement (approche multidimensionnelles). Il doit le faire à l'aide de plusieurs méthodes de collecte de données (approche multiméthodes), dans plusieurs contextes et milieux de vie (approche multisites), et ce, auprès de plusieurs répondants (approche multirépondants) en prenant le temps de contextualiser la problématique de l'élève selon sa trajectoire développementale et scolaire, son histoire de vie et celle de sa famille.

5.2.1 APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLES

Les principales dimensions individuelles qui devraient faire l'objet de centration d'évaluation relèvent des forces et vulnérabilités de l'élève sur les plans génétiques, biologiques, neuropsychologiques, cognitifs, sociaux, affectifs et de la santé mentale. Ces différentes dimensions du comportement constituent le potentiel adaptatif de l'élève. Bien le cerner est primordial pour la suite de la procédure et la réussite des interventions. L'évaluation des différentes dimensions du comportement peut entre autres être réalisée à l'aide de questionnaires, validés, normés et standardisés.

5.2.2 APPROCHE MULTISITES

En plus d'évaluer la sphère individuelle de l'enfant et les contingences du comportement manifeste, le psychoéducateur devrait principalement évaluer les facteurs de deux sites soit l'école et le milieu familial de l'élève. Il doit aussi considérer l'interaction entre ces deux niches écologiques. Ces milieux de vie comprennent une multitude de variables à considérer. Une synthèse conceptuelle de celles-ci est illustrée à la figure 6. Cette carte conceptuelle peut aussi servir à la présentation des résultats une fois les hypothèses cliniques et recommandations élaborées. Le psychoéducateur peut rassembler et synthétiser son travail sur la carte conceptuelle et présenter les cibles d'intervention aux acteurs concernés.

Le potentiel de l'expérience que l'environnement scolaire offre à l'élève est l'un des principaux leviers de l'intervention. À l'école, le psychoéducateur devrait, en premier lieu, centrer une partie de son évaluation sur l'atmosphère qui règne de façon générale. Pour ce faire, Janoz et ses collaborateurs (2007) proposent de procéder à l'évaluation de l'environnement scolaire, dont le climat socio-éducatif de l'institution. Ces facteurs scolaires susceptibles d'influencer le comportement de l'élève se déclinent selon trois composantes :

1. Le climat scolaire qui se définit par la qualité des relations humaines, le respect entre individus, la perception de l'ordre et de tranquillité, le sentiment de sécurité, la reconnaissance de la légitimité et de l'équité des règles de l'école et de leur application et le sentiment d'appartenance.
2. Les problèmes présents à l'école qui s'illustrent par la fréquence d'actes de violence, de comportements d'indiscipline, la présence de pairs déviants et l'accessibilité aux drogues.
3. Les pratiques éducatives qui se caractérisent par les règles et procédures régissant la discipline et l'ordre, les systèmes de reconnaissance, la participation des élèves à la vie scolaire, la gestion des comportements, le soutien aux élèves en difficulté, les interventions en situation de crise et les ponts entre la communauté, la maison et l'école.

D'une façon plus spécifique, le psychoéducateur devrait aussi centrer une autre partie de son évaluation sur l'élève dans son environnement de classe. À ce sujet, McCurdy et al. (2012) suggèrent, entre autres, d'évaluer des variables de l'environnement de la classe telles que la planification de l'enseignement, la gestion de classe, les stratégies éducatives ou pédagogiques, les stresseurs de l'enseignant et la relation d'attachement maître-élève. Cette dernière joue un rôle clé dans le développement des troubles du comportement et la réussite scolaire des élèves. En effet, des interactions positives entre l'élève et l'enseignant sont associées à une meilleure adaptation des élèves sur le plan social, émotif et comportemental réduisant ainsi le risque de développer des troubles de comportement (Hamre et Pinta, 2001; Henricsson et Rydell, 2004). À l'inverse, des interactions négatives entre l'enseignant et l'élève sont fortement liées au développement des problèmes de comportement (Ladd et Burgess, 1999).

Dans une perspective plus transactionnelle, McCurdy et ses collaborateurs (2012) indiquent aussi la pertinence d'évaluer certaines variables interactionnelles qui s'inscrivent entre l'école et la maison de l'élève. En fait, le psychoéducateur devrait s'assurer de tenir compte d'un certain nombre de variables transversales qui sont essentielles à l'établissement d'une bonne collaboration entre la maison et l'école. Il s'agit d'évaluer si les attentes de l'école et des parents sont de parts et d'autres partagées et consensuelles, s'il y a présence de constance dans les structures d'intervention qui sont mises en place à la maison et à l'école, si les milieux de parts et d'autres offrent des opportunités d'apprentissage qui favorisent la généralisation des acquis, s'il existe un soutien mutuel entre les intervenants et les parents ou s'il y a présence de relations positives et de confiance entre les parents et les intervenants.

En dehors des murs de l'école soit dans le milieu familial, si la situation le permet, le psychoéducateur devrait documenter certaines variables qui ont des répercussions sur la réussite scolaire de l'élève. Cette dernière constitue un facteur de protection réduisant le risque de développer des troubles du comportement à l'école (Bub, McCartney et Willeit, 2007; Burchinal et al., 2002). Parmi, les facteurs qui favorisent la réussite scolaire, il y a le soutien, l'encadrement et la discipline que les parents offrent pour les devoirs et les leçons, le soutien qu'ils peuvent offrir aux apprentissages, leur façon de communiquer les attentes positives et réalistes envers leur enfant, leur façon d'offrir un environnement affectif positif et stimulant pour favoriser les apprentissages, leur engagement général et la valorisation qu'ils font de l'école (McCurdy et al., 2012).

Par ailleurs, sur le plan familial, plusieurs études mettent en évidence la prépondérance d'un lien significatif entre les dysfonctionnements familiaux et le développement des troubles du comportement à l'école. Par conséquent, le psychoéducateur devrait porter une attention particulière aux facteurs de l'environnement familial qui pourraient jouer un rôle capital dans le développement et le maintien des troubles comportementaux (Webster-Stratton, 1994; Gimpel Peacock et Collet, 2010). Sur le plan de la dynamique familiale, le professionnel devrait tenir compte des conditions familiales difficiles, de la stabilité et des changements dans le milieu, des relations interpersonnelles avec la famille élargie, de la relation parent-enfant, de la relation conjugale, des pratiques éducatives, des compétences parentales, de la santé et du bien-être des parents, de l'adaptabilité de la famille, des problèmes familiaux et du stress généré par ceux-ci (Carlson, 2003). L'objectif d'évaluer les facteurs familiaux n'est pas de transférer l'intervention du psychoéducateur scolaire dans la famille des élèves, mais plutôt de favoriser la compréhension du contexte de vie de l'élève, de manière à arriver à une explication globale de la problématique de l'élève. Il est à noter que la plupart des programmes d'intervention universels implantés dans les écoles bénéficient de volets qui nécessitent l'implication de la famille, même si ce n'est pas, a priori, la responsabilité de l'école d'intervenir sur le plan familial. Au moment où les problèmes familiaux iront au-delà de ce que peut offrir l'école en terme d'intervention, le psychoéducateur devra s'allier à des partenaires externes de la santé ou des services sociaux afin d'offrir des services adaptés à l'ampleur de la problématique.

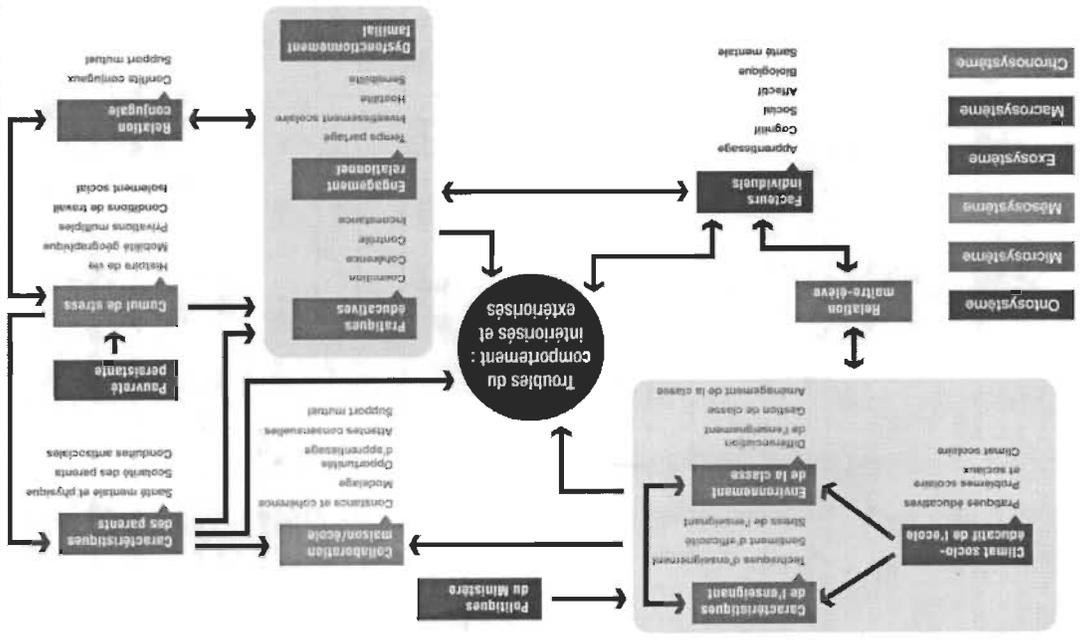


Figure 6. Schéma conceptuel des facteurs impliqués dans la genèse des troubles du comportement

Tableau 5. Guide de collecte d'information dans les dossiers antérieurs de l'élève²

Catégorie d'information	Quoi analyser?	Pertinence ou utilité pour l'ÉFC
Fréquentation scolaire	Motif des absences et nombre total de jours d'absence	<ul style="list-style-type: none"> • Donne des indices sur les antécédents des problèmes de comportement • Donne des indices sur les difficultés ou les retards causés par l'absentéisme
Résultats de tests standardisés	Résultats actuels et antérieurs de tests standardisés	<ul style="list-style-type: none"> • Indique les matières et les activités dans lesquelles l'élève éprouve le plus de difficultés • Indique l'âge à lequel les difficultés se sont intensifiées
Antécédents médicaux	Problèmes d'audition, de vision, médication, etc. qui peuvent influencer le rendement de l'élève	<ul style="list-style-type: none"> • Indique les conditions qui peuvent exacerber les problématiques existantes et favoriser l'apparition d'autres comportements problématiques.
Histoire de vie et sociale	Changement d'adresse, histoire de placements, événements stressants récents et passés (divorce, recomposition, décès, nombre d'écoles fréquentées)	<ul style="list-style-type: none"> • Donne des indices sur les milieux à mobiliser où des interventions pourraient être menées • Indique des conditions qui peuvent influencer le comportement de l'élève à l'école
Rapport disciplinaire	Types de problème de comportement, moments, endroits dans lesquels ils surviennent, les conséquences disciplinaires associées et l'augmentation/diminution dans la fréquence/intensité des problèmes de comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Indique les séquences comportementales (antécédents), les stratégies disciplinaires efficaces et inefficaces et les conséquences possibles de maintien • Dresse un portrait de l'évolution des problèmes de comportement
ÉFC ou évaluations antérieures	Autres évaluations menées sur les habiletés scolaires, langagières ou le comportement de l'élève	<ul style="list-style-type: none"> • Donne des indices sur certains changements dans la fonction des comportements • Indique les antécédents déjà identifiés • Indique l'historique des comportements et des interventions
Interventions antérieures	Interventions formelles ou informelles documentées	<ul style="list-style-type: none"> • Indique les interventions qui ont et n'ont pas porté fruit • Indique pourquoi les interventions ont et n'ont pas porté fruit • Indique pourquoi des interventions qui n'ont pas porté fruit continuent d'être appliquées
Plan d'intervention antérieur	<ul style="list-style-type: none"> • Buts et objectifs : comment et s'ils ont été atteints; comment et s'ils ont fait l'objet d'un suivi • Autres informations qui documentent le rendement de l'élève 	<ul style="list-style-type: none"> • Donne de l'information sur le niveau de préoccupation des intervenants • Donne de l'information sur la façon dont les données ont été collectées

² Tiré de Steege et Watson (2011)

5.2.3 APPROCHE MULTIMÉTHODES

L'évaluation des différentes sphères de vie de l'enfant doit nécessairement se faire par l'entremise de plusieurs méthodes de collecte de données. En adoptant une approche multiméthodes, le psychoéducateur augmente la validité de son évaluation et diminue le risque de faire des erreurs d'interprétation (Doctroff et Arnold, 2004). La revue des dossiers antérieurs de l'élève est une méthode de collecte de données efficace pour documenter la trajectoire de vie et scolaire de l'élève. Sachant que certains élèves peuvent avoir plusieurs «tomes» à leur dossier, une quantité importante d'informations peut ressortir de cet examen. Cela dit, la majorité du contenu dans les dossiers antérieurs n'est pas pertinent ou peu utile pour le bilan clinique. Donc, pour atteindre les objectifs de cette collecte de données, il faut systématiquement synthétiser l'information pertinente. Le tableau 5 illustre les informations essentielles à considérer et guide le professionnel dans sa revue des dossiers antérieurs de l'élève. Entre autres, le professionnel doit porter une attention particulière à l'historique de fréquentation scolaire de l'élève, à ses résultats aux tests standardisés, à ses antécédents médicaux, à son histoire de vie et sociale, à l'historique de ses sanctions disciplinaires, à ses résultats d'évaluations comportementales antérieures et enfin, aux interventions et plans d'intervention antérieurs. Une fois l'examen des dossiers antérieurs complété, il n'est pas rare de voir l'émergence spontanée d'hypothèses cliniques (Watson, Steege et Watson, 2011). Celles-ci pourront définir les balises d'observation ou l'orientation des prochaines étapes de l'évaluation.

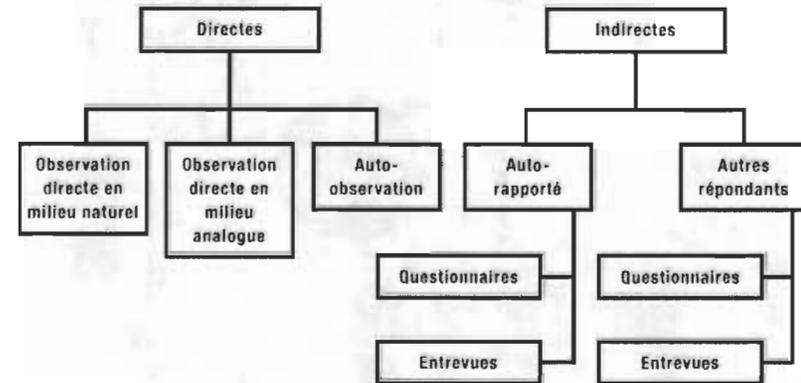


Figure 7. Continuum des méthodes de collecte de données directes et indirectes Shapiro et Kratochwill, 2000

Les autres méthodes de collecte de données suivent un continuum qui s'étend des méthodes directes vers des méthodes indirectes (voir figure 7). En fait, plus la méthode est directe plus elle survient dans des conditions naturelles où l'observation devient la méthode de prédilection. À titre d'exemple, l'enfant peut être observé dans son environnement de classe ou à la maison. En se déplaçant vers la droite sur le continuum, on fait davantage référence à des observations en milieu analogue tel qu'observer l'enfant derrière un miroir sans teint. Il existe plusieurs façons de mener les observations (voir tableau 4). Entre autres, le psychoéducateur peut faire de l'observation directe (observation participante ou non) et de l'observation systématique (observation par intervalle ou autre). Il peut choisir de mener ces types d'observation de

façon clandestine alors que le sujet ne sait pas qu'il est observé ou de façon manifeste alors que le sujet est informé qu'il est observé. Le psychoéducateur peut aussi avoir recours, lorsque l'enfant est suffisamment mature, à l'auto-observation des comportements (Sattler et Hoge, 2006). Du côté droit du continuum, lorsque le comportement est évalué en absence de la manifestation réelle du comportement, les méthodes deviennent indirectes. À ce niveau du spectre, on fait appel à des méthodes autorapportées ou auprès de répondants par l'entremise d'outils comme des questionnaires et des entrevues. Les entrevues peuvent être structurées ou non. Les avantages d'avoir recours aux entrevues pour collecter les données résident entre autres sur l'efficacité de celles-ci à collecter beaucoup d'informations en peu de temps. Le contexte d'entrevue est aussi propice pour faire des observations sur comportement verbal ou non des répondants (Sattler et Hoge, 2006). Ainsi, lors des entrevues, l'observation des répondants constitue une excellente source d'information surtout si les occasions d'observation en milieu naturel sont restreintes. Par ailleurs, l'entrevue est le moyen de prédilection pour documenter l'histoire de vie de l'élève et de sa famille. De fait, les difficultés comportementales de l'enfant devraient être prises en compte et contextualisées selon l'histoire développementale de l'enfant (développement durant sa petite enfance, transition dans le milieu scolaire, à la garderie, adaptation sociale et scolaire, les événements ayant influencé le développement tels que les ruptures, les pertes, les agressions, les déménagements, les séparations des parents, les re-compositions familiales) et selon l'histoire développementale de sa famille en établissant la chronologie des événements importants qui ont marqué l'évolution de celle-ci (changement important dans la composition familiale, adaptation de la famille aux tâches développementales, etc.). Des thématiques à aborder en entrevue en lien avec la réalisation des tâches développementales de la famille sont présentées à l'annexe E. Le tableau 6 présente les thèmes pouvant être abordés en entrevue pour documenter l'histoire de vie de l'élève et de sa famille. Un questionnaire beaucoup plus exhaustif est aussi proposé à l'annexe F. Celui-ci permet de dresser une anamnèse complète de l'élève et sa famille.

Il est important de souligner que les pratiques traditionnelles d'évaluation basées sur l'unique synthèse de faits d'observation ou d'entrevues ne peuvent plus suffire à elles seules dans la plupart des démarches d'évaluation due à l'émergence des nouvelles connaissances scientifiques, de la complexité des problématiques et de la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle (Yergeau et Paquette, 2007). On ne peut plus « diagnostiquer » un trouble grave de comportement sans recourir à des instruments de mesure rigoureusement validés. Par conséquent, il paraît essentiel d'utiliser des instruments d'évaluation standardisés et normés combinés aux observations et aux entretiens, et ce, de manière à contribuer à la validation et au soutien de l'exercice du discernement clinique dans la formulation d'hypothèses cliniques (Paquette, 2004). Pour ce faire, le psychoéducateur peut avoir recours à des questionnaires multidimensionnels. Cette pratique réfère à l'utilisation d'un seul instrument qui évalue un large éventail de caractéristiques du comportement et de l'adaptation de l'enfant. Précis et efficaces, ces instruments mesurent des construits très bien définis et bien campés par la littérature scientifique. Souvent normés et calibrés à l'aide de larges échantillons cliniques, ces instruments de mesure permettent donc de situer et comparer la gravité de la problématique de l'enfant par rapport à la population générale. De plus, ces instruments permettent de dépister les troubles sous-jacents et les comorbidités possibles d'un trouble spécifique (Lachar et Gruber, 2003; Shapiro et Kratochwill, 2000). Il existe aussi une multitude de questionnaires qui mesurent des concepts ou des facteurs qui sont plus spécifiques. Parfois normés à l'aide d'échantillon clinique et d'autres non, ceux-ci s'avèrent une source indéniable d'informations fortes utiles pour cibler des interventions plus spécifiques. L'analyse par item de ces questionnaires peut être réalisée rendant ainsi le travail d'interprétation beaucoup plus approfondi.

Tableau 6. Thèmes pouvant être abordés afin de constituer l'anamnèse de l'élève

LES RESSOURCES PERSONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> Forces de l'élève, son intelligence, ses habiletés de résolution de problèmes, ses habiletés sociales, ses stratégies d'adaptation privilégiées, ses talents, ses goûts et ses intérêts, ses habitudes de vie
LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Moments d'apparition, leur évolution, leur fréquence, leur intensité, leurs manifestations selon les différentes situations ou milieux de vie, les contextes et événements déclencheurs Présence de symptômes liés aux troubles du comportement ou à d'autres problèmes de santé mentale Perceptions et les interprétations des principaux acteurs concernés en ce qui concerne la situation problématique
L'HISTOIRE ET LA SITUATION FAMILIALES	<ul style="list-style-type: none"> Données démographiques sur les parents (âge, degré de scolarité, emploi) Antécédents médicaux, psychologiques et scolaires des parents Fratrie et la constellation familiale, le type de famille (intacte, reconstituée, monoparentale, etc.) Éléments pertinents de l'histoire familiale, les relations familiales, la structure et l'organisation familiales Pratiques éducatives des parents, l'implication de chacun des parents auprès du jeune, la qualité des liens d'attachement de part et d'autre, les attentes des parents envers leur enfant et envers l'école Collaboration avec l'école, les opportunités d'apprentissage, les ressources humaines et matérielles
L'HISTOIRE MÉDICALE DE L'ÉLÈVE OU SON ÉTAT DE SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents pré-péri-post natals (données sur la grossesse et l'accouchement, dont des complications, un faible poids ou un manque d'oxygène à la naissance, etc.) Les problèmes de santé aigus ou chroniques, les interventions chirurgicales, les hospitalisations, les médicaments passés ou présents, la présence d'un problème physiologique qui pourrait influencer ou expliquer le comportement problématique de l'élève ou entraver son fonctionnement
L'HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE (VOIR ANNEXE G)	<ul style="list-style-type: none"> Renseignements sur la croissance ou sur le développement de la motricité fine ou globale, de l'intelligence, du langage, du raisonnement moral et de la socialisation afin de situer le jeune par rapport aux stades de développement et de dépister des retards, des difficultés particulières ou des tâches développementales non réalisées
L'HISTOIRE SCOLAIRE	<ul style="list-style-type: none"> Niveau, rendement et fonctionnement scolaires, Motivation de l'élève, ses intérêts, son adaptation Habiletés ou difficultés d'apprentissage Évaluations et interventions faites par le passé Changements d'école ou d'enseignants Qualité de ses relations avec ses pairs, les enseignants et les autres membres du personnel scolaire, ses attitudes face à l'autorité
LES SOURCES DE STRESS	<ul style="list-style-type: none"> Les événements de vie et les traits quotidiens

Masad, A., Bégin, J.-Y. et Pringvaot, J. (2014)

5.2.4 APPROCHE MULTIRÉPONDANTS

Les techniques d'entrevues ainsi que l'utilisation des questionnaires devraient être pratiquées auprès de plusieurs répondants. Une évaluation multirépondants sollicite plusieurs personnes qui gravitent dans le quotidien de l'enfant. Les différents rôles des répondants amènent une multitude de perspectives d'une même situation, ce qui entraîne une diversification de l'information (Lachar et Gruber, 2003). Ces différentes perceptions colligées auprès des répondants permettent la validation, la comparaison et la triangulation de l'information. En triangulant ces différentes sources d'information, le psychoéducateur s'assure d'obtenir une perspective plus éclairée, plus nuancée et davantage objective de la problématique de l'enfant, et ce, dans but d'optimiser les hypothèses cliniques et par le fait même les objectifs d'intervention (Achenbach, McConaughy et Howell, 1987; Kerr, Lunkenheimer et Olson, 2007).

6. LES CENTRATIONS DE L'ÉVALUATION À PARTIR D'UNE APPROCHE DIFFÉRENTIELLE

Les causes et les facteurs qui influencent l'apparition des troubles du comportement sont multiples, non exclusifs et en interaction, ce qui complexifie l'action évaluative. Comment bien cerner tous les facteurs qui peuvent influencer l'apparition et le maintien d'un trouble afin de le traiter? Voilà une tâche qui paraît impossible à réaliser sauf si on décortique ces facteurs en les différenciant selon les types de trouble. La nomenclature des troubles intérieurs et extérieurs est largement reconnue par la communauté scientifique pour catégoriser les différentes psychopathologies (Achenbach, 1982; Cicchetti et Toth, 1991). Celle-ci fut retenue afin d'orienter la démarche d'évaluation de ce protocole. C'est à partir des troubles intérieurs et extérieurs que nous avons regroupé les principaux facteurs causaux pour lesquels une considération particulière devrait être portée au moment de l'évaluation. Au même titre que la démarche proposée dans ce protocole, les tenants de la cinquième édition du DSM ont regroupé l'ensemble des troubles mentaux sous ces deux dimensions (American Psychiatric Association, APA, 2013). Ces regroupements s'actualisent dans l'organisation des chapitres du DSM-5 où on a inséré à la suite des troubles neurodéveloppementaux (déficience intellectuelle, TDAH, trouble de la communication, trouble du spectre autistique, troubles de l'apprentissage spécifique, etc.), l'ensemble des troubles intérieurs (dépression, anxiété, etc.), puis les troubles extérieurs (trouble oppositionnel avec provocation (TOP), troubles des conduites (TC), etc.), juste avant les troubles neurocognitifs (démence, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.). L'idée d'avoir deux grandes dimensions réduit considérablement les frontières entre les troubles et leur cloisonnement. En fait, on a longtemps reproché à l'approche catégorielle traditionnelle du DSM l'étroitesse des frontières des catégories diagnostiques et l'absence de zone grise entre les différents troubles, ce qui les rendait mutuellement exclusifs. Désormais, on reconnaît qu'un même symptôme et ses causes peuvent se manifester sous plusieurs troubles. On a qu'à penser à l'impulsivité et ses causes qui peuvent transcender plusieurs psychopathologies telles que le TDAH, l'abus de substance, le trouble explosif intermittent, le trouble de conduite, etc.

Les troubles extérieurs réfèrent à un regroupement de problèmes de comportement observables qui se manifestent sur le monde extérieur de l'enfant, dont l'action est négative sur l'environnement et qui conduit souvent à des conséquences négatives (Achenbach et McConaughy, 1978; 1997; Eisenberg et al., 2001; Lui, 2004). Dans les écrits sur le sujet, les troubles extérieurs se démarquent par des comportements perturbateurs, hyperactifs, impulsifs, délinquants, antisociaux ou agressifs (Achenbach et Edelbrock, 1978; Hinshaw, 1987; 1992). À l'inverse, les manifestations comportementales de type intérieur telles que le repli sur soi, l'anxiété, l'inhibition, la somatisation, le sentiment d'infériorité, la mésestime de soi, l'humeur dépressive, l'automutilation et le suicide sont des problèmes davantage centrés sur l'univers interne et psychologique de l'enfant plutôt que sur le monde extérieur (Achenbach et Edelbrock, 1978; Teeter et Semrud-Clikeman, 1997; Cicchetti et Toth, 1991; Liu, 2004). On définit aussi ces troubles comme étant névrotiques ou d'hypercontrôle, se caractérisant par des efforts mentaux démesurés et inadaptés de

contrôle émotif et cognitif (Eisenberg et al., 2001; Hinshaw, 1987; McCulloch, Wiggins, Joshi et Sachdev, 2000; Merrell, 2008). Les élèves qui manifestent des troubles intérieurs décrivent leur mal-être comme une «maladie secrète» puisque ces troubles sont difficilement identifiables et observables (Reynolds, 1992). Chose certaine, ces troubles intérieurs résident dans le monde cognitivo-émotionnel interne de l'enfant affectant ainsi son fonctionnement (Miller, 2010).

Une pléthore d'études a mis en évidence les liens entre certains facteurs de risque personnels, environnementaux et les manifestations comportementales de type intérieur et extérieur. C'est à partir d'une synthèse de ces études que peuvent être dégagées les variables à considérer lorsqu'il vient le temps d'évaluer un élève manifestant des comportements qui s'apparentent à ces troubles. Les tableaux 7 et 8 présentent la plupart des facteurs individuels, scolaires et familiaux recensés dans les écrits scientifiques qui sont en lien avec les troubles du comportement intérieurs, extérieurs et le TDAH. Les facteurs présentés dans ces tableaux constituent les centrations d'évaluation à considérer lors du bilan clinique. Pour la plupart des facteurs à considérer, nous avons associé, à l'aide de numéros, une méthode spécifique pour les mesurer (questionnaire, grille d'observation, etc.). En fait, chaque numéro présenté dans les tableaux 7 et 8 correspond à un instrument de mesure listé à l'annexe H. Cette liste d'instruments de mesure est accompagnée d'une bibliographie complète qui permettra aux psychoéducateurs désirant se procurer les outils de s'adresser aux auteurs ou aux maisons d'édition qui les distribuent.

Tableau 7. Troubles intérieurs

7-6 Troubles dépressifs	Comorbidité	Troubles anxieux 7
NEUROPSYCHOLOGIE Distorsion cognitive Fonction exécutive Traitement de l'information AFFECTIF Estime de soi Concept de soi SOCIAL Habiletés sociales Relation et statut social SCOLAIRE Sensibilité et détection des adultes Caractéristiques de l'enseignement Environnement de classe Intimidation Réussite scolaire Relation maître-élève SANTÉ MENTALE DES PARENTS Dépression (héritéité et contagion) Désengagement familial PARENTAGE Style autoritaire Autoritarisme du père Engagement affectif Négligence	16 10 21 25 19-20-24 12 17 21 10 14-21	NEUROPSYCHOLOGIE Attention biaisée envers les menaces Interprétation biaisée des menaces Contrôle et gestion des peurs Hypersensibilité SCOLAIRE Sensibilité et détection des adultes Caractéristiques de l'enseignement Environnement de classe Évaluations et examens Exigence de performance Relation maître-élève Pression des pairs Intimidation Compétition SANTÉ MENTALE DES PARENTS Anxiété (héritéité et contagion) Interaction anxiogène parent-enfant Parentage Hypercontrôle des parents Sureprotection Rejet affectif Désengagement d'investissement ENVIRONNEMENT FAMILIAL Faible cohésion Conflits conjugaux Cumul de stress Événement traumatique



Tableau 8. Troubles extériorisés et neurodéveloppementaux

3	Comorbidité	TOP-TC 23
BIOLOGIQUE Complications pré-péri-post natales Pré-éclampsie Éclampsie Héritéité Santé physique de la mère Age de la mère à la naissance Tabac et alcool Poids à la naissance NEUROPSYCHOLOGIE Inhibition comportementale Résistance aux distractions Fonctions exécutives Autocontrôle SOCIAL Habiletés sociales Niveau d'agressivité SCOLAIRE Caractéristiques de l'enseignant Environnement de classe Relation maître-élève SANTÉ MENTALE DES PARENTS TDAH (héritéité) PARENTAGE Pratique éducative inconsistante Établissement de cadre avec limites claires	15 22 25 19-20-24 17 12 13 20 18 21 14	BIOLOGIQUE Complications pré-péri-post natales Age au début des comportements Tempérament Héritéité Tabac-alcool NEUROPSYCHOLOGIE Faible QI Habiletés langagières Neurocognition SOCIAL Habileté sociale Rejet des pairs Affiliation avec des pairs déviant Influence des pairs SCOLAIRE Caractéristiques de l'enseignant Environnement de classe Relation maître-élève Échecs scolaires Retard scolaire Motivation scolaire Sentiment d'appartenance envers l'école Environnement scolaire SANTÉ MENTALE DES PARENTS Comportements antisociaux Abus de substance psychoactive Dépression PARENTAGE Pratique éducative inconsistante Pratique éducative punitive Supervision et encadrement Punition corporelle Environnement familial Conflit conjugal Faible cohésion Faible communication Qualité de la relation parent-enfant Négligence Monoparentalité Statut socio-économique Niveau d'éducation des parents Mère adolescente Cumul de stress

6.1 L'ORIENTATION DES CHOIX DE CENTRATIONS D'ÉVALUATION

En se référant à la figure 1 (Schéma décisionnel général du protocole d'évaluation), l'évaluation de deuxième niveau est suivie d'un losange dans lequel on retrouve la passation de questionnaires normés et standardisés. Il est suggéré d'emblée de dépister la présence de symptômes relatifs au TDAH (cet aspect sera abordé ultérieurement dans le texte), au trouble intériorisé ou au trouble extériorisé à l'aide de l'Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach et Rescorla, 2001) ou le Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). Il est important de préciser qu'en aucun cas cette opération ne doit mener à l'établissement d'un diagnostic, celui-ci étant un acte réservé aux médecins. Ici, l'objectif est de dépister les symptômes relatifs aux différents troubles de santé mentale de manière à mieux orienter nos choix de centrations d'évaluation. Les résultats à ces questionnaires permettent de choisir les centrations d'évaluation. Celles-ci sont en fait les facteurs de risque relevés dans les écrits scientifiques sur le développement des différents troubles de santé mentale. Tel que discuté plus haut, ceux-ci ont été regroupés en fonction de la nomenclature du protocole soit les troubles intériorisés, extériorisés et le TDAH. En détail, le tableau 7 présente les facteurs à considérer dans la démarche d'évaluation pour les troubles intériorisés (dépression, anxiété) et le tableau 8 présente les facteurs de risque à considérer dans la démarche d'évaluation pour les troubles extériorisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) ou le TDAH. L'orientation des choix de centration n'est pas conditionnelle à la passation des questionnaires. Il peut aussi se faire uniquement à partir du jugement du clinicien qui découle de ses observations. Cependant, l'utilisation conjointe de ces deux stratégies donne des résultats optimaux.

Il est recommandé d'utiliser un des deux instruments de mesure mentionnés plus haut en raison de leur robustesse sur le plan psychométrique, et ce, pour l'ensemble des versions relatives au type de répondant (Bourdon et al., 2005; Capron, Théron et Duyme, 2007; Goodman, 2001; Hudziak, et al., 2004; Ivanova, Achenbach, Rescorla et al., 2007; Ivanova, Achenbach, Dumenci et al., 2007; Nakamura et al., 2009; Shojaei, Wazana, Pitrou, et Kovess, 2008). Largement utilisés dans les mondes, traduits dans plusieurs langues, ces instruments de mesure ont été utilisés dans un nombre impressionnant d'études scientifiques. Le SDQ et l'ASEBA comportent certaines similitudes. D'une part, ils offrent la possibilité d'obtenir la perception de trois répondants par rapport à la situation de l'élève (parent, enseignant, élève). D'autre part, le construit de certains items de ces deux instruments de mesure est basé sur les concepts nosologiques de la 4^e édition du DSM (American Psychiatric Association, 1994). D'un autre côté, ces deux questionnaires se différencient sur différents aspects. En plus d'avoir des items formulés selon les concepts nosologiques du DSM-IV, certains items du SDQ ont été élaborés en fonction de la nosologie proposée par la Classification internationale des maladies (CIM-10, Organisation mondiale de la santé [OMS], 1994). La différence la plus frappante entre les deux instruments concerne le nombre d'items des questionnaires. En effet, le SDQ est composé de 25 items répartis en cinq sous-échelles et à l'inverse, les différents répondants de l'ASEBA doivent répondre à plus ou moins 113 items. De plus, la plupart des items du SDQ, contrairement à ceux de l'ASEBA, sont formulés positivement ce qui, selon Goodman et Scott (1999), contribuerait à l'augmentation de l'acceptabilité du questionnaire par les répondants. Lorsqu'on compare les qualités psychométriques des deux questionnaires, les résultats démontrent des degrés de corrélation significativement élevés entre les différentes échelles, confirmant ainsi leurs similitudes. Pour les échelles de scores totaux et de problèmes extériorisés, les deux questionnaires n'indiquent aucune différence significative quant à la sensibilité suggérant ainsi que ces deux questionnaires sont capables d'identifier les élèves en difficulté d'une façon équivalente. (Goodman et Scott, 1999; Warnick, Bracken et Kast, 2008).

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

Une fois la passation de l'ASEBA ou du SDQ effectuée, les résultats vous permettront d'orienter les choix de vos centrations d'évaluation.

Si les résultats du questionnaire vous indiquent que l'élève présente des symptômes relatifs aux troubles intériorisés alors référez vous au tableau 7 afin de documenter les facteurs de risque relatifs à l'anxiété ou la dépression.

Si les résultats du questionnaire vous indiquent que l'élève présente des symptômes relatifs aux troubles extériorisés alors référez vous au tableau 8 afin de documenter les facteurs de risque relatifs aux TOP ou au TC.

L'utilisation du SDQ comporte certaines limites dont le nombre réduit d'items pour chacune des échelles. Afin de pallier cette limite, une interprétation approfondie item par item est recommandée afin de mieux orienter vos choix de centration. Portez une attention particulière aux items individuellement lorsqu'un score est élevé à une échelle. Par exemple, si l'élève a un résultat anormal à l'échelle des troubles émotionnels (trouble intériorisé), alors analysez la perception des répondants aux items «s'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)» et «a de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)» afin de déterminer si l'élève présente des symptômes relatifs à l'anxiété. Pour ce qui a trait aux symptômes dépressifs, alors portez une attention particulière à l'items «souvent malheureux(se), abattu(e)». Dans le doute, procédez à une évaluation systématique de ces symptômes à l'aide de questionnaires plus spécifiques recommandés pour la dépression (2-6), l'anxiété (7), le TOP-TC (23) ou le TDAH (3) dans le haut des tableaux 7 et 8.

6.2 LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU TDAH

Le TDAH est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus communément diagnostiqués durant l'enfance. La prévalence du TDAH est estimée à 5 % (American Psychiatric Association [APA], 2013). Mondialement, on estime la prévalence du TDAH à 5,29 % (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman et Rohde, 2007). Dans la population générale, le TDAH est plus prévalent chez les garçons avec un ratio de 2:1 (APA, 2013). Dans le DSM-5, le TDAH est désormais classifié comme un trouble neurodéveloppemental au même titre que la déficience intellectuelle, les troubles de la communication et les troubles du spectre autistique. Ainsi, pour la première fois dans l'histoire du DSM, le TDAH est séparé conceptuellement du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites. Les recherches scientifiques des dernières années ont mis en évidence le fait que le TDAH est un trouble qui est en lien avec le développement du cerveau. C'est ce qui explique en partie le changement de catégorie de ce trouble. En fait, les causes directes du TDAH sont d'ordres génétiques, héréditaires et neurobiologiques (Biederman et Faraone, 2002; Remschmidt et the Global ADHD Working Group, 2005; Barkley, 2006). Le TDAH débute durant l'enfance et évolue tout au long du développement. Durant la période développementale, le TDAH a une forte propension à évoluer en concomitance avec d'autres symptômes tant sur les plans intériorisés qu'extériorisés (Simonoff et al., 2004; Whittinger et al., 2007; National Resource Center on ADHD [NRC-ADHD], 2009). Selon les études épidémiologiques (NRC-ADHD, 2009), près de 40 % des enfants ayant un TDAH peuvent aussi avoir en concomitance un TOP, 25 % un TC. Par ailleurs, 10 à 30 % peuvent manifester des symptômes de dépression, plus de 30 % peuvent avoir des symptômes d'anxiété et plus de 50 % peuvent développer des problèmes d'apprentissage. Bref, ce trouble se manifeste tôt dans le développement, souvent avant l'âge de scolarisation et on le retrouve très souvent en toile de fond du tableau clinique de plusieurs problèmes de santé mentale en particulier le TOP et le TC, constituant en soi un facteur de risque important au développement de ceux-ci (Côté et al., 2002; Dick et al., 2005; Faraone, Biederman, Jeffton

et Tsuang, 1997; Loeber et Keenan, 1994; Mannuzza, Klein, Abikoff, Moulton, 2004; Pardini et Fite, 2010; Patterson, DeGarmo et Knutson, 2000; van Lier, van der Ende, Koot, et Verhulst, 2007).

Le nouvel emplacement du TDAH dans le DSM ainsi que les nouvelles connaissances scientifiques qui endossent ce changement, nous conduisent à proposer le dépistage systématique du TDAH pour amorcer une évaluation de deuxième niveau. Cette stratégie permet d'éliminer d'emblée cette condition comme facteur de risque au développement des troubles du comportement et permet d'orienter le reste de la démarche (motif de référence, mise en place d'intervention spécifique pour adapter le potentiel expérimentiel). Une échelle assez sensible d'un questionnaire multidimensionnel (ex. ASEBA ou SDQ) serait suffisante pour un dépistage et l'utilisation d'un questionnaire avec des échelles plus spécifiques (ex. Conners) pourrait servir à titre de test confirmatoire si l'enfant signale un résultat positif au dépistage.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

Les causes directes du TDAH sont d'ordres génétiques, héréditaires, neurobiochimiques et sont liées au développement du cerveau. Au même titre que la déficience intellectuelle ou les troubles du spectre autistique, le TDAH est désormais classifié comme un trouble neurodéveloppemental dans la dernière édition du DSM. Très prévalent, le TDAH a une forte tendance à évoluer avec d'autres symptômes relatifs aux troubles intérieurs ou extérieurs. On le retrouve très souvent en amont de ces symptômes ce qui constitue en soi un important facteur de risque au développement de troubles concomitants. Par conséquent, il est suggéré de faire le dépistage systématique à l'aide d'un instrument de mesure sensible comme le SDQ ou l'ASEBA de manière à éliminer cette condition comme un facteur de risque au développement des troubles du comportement. Le fruit de vos observations ainsi que celle d'autres répondants doivent aussi être pris en considération lors du dépistage des symptômes relatifs au TDAH. Il est important d'avoir une approche holistique dans cette démarche.

Dans le cas d'un dépistage positif, il est suggéré d'utiliser un instrument de mesure spécifique au TDAH pour mesurer l'intensité des symptômes du TDAH (ex. Conners). Approfondissez, votre évaluation en portant une attention particulière aux causes indirectes (facteurs de risque au tableau 8) qui modulent les symptômes du TDAH. Éventuellement, procédez à une référence médicale si la condition de l'élève altère considérablement son fonctionnement.

6.3 LA COMORBIDITÉ UNE RÉALITÉ COMPLEXE

Inévitablement, la dichotomie intérieurisée/extérieurisée n'est ni parfaite et ni complète. En effet, les problèmes intérieurisés manifestés par l'enfant peuvent avoir des répercussions négatives sur les personnes de son monde extérieur telles que ses parents, ses frères et sœurs, ses pairs ou son enseignant. À l'inverse, les troubles extérieurisés peuvent avoir un impact sur le fonctionnement psychologique de l'enfant. En d'autres termes, les enfants agressifs peuvent manifester de l'anxiété et les enfants dépressifs peuvent manifester des problèmes de comportement perturbateurs. On observe aussi cette comorbidité à l'intérieur même des dimensions. En effet, au cours du développement, il n'est pas rare d'observer chez les élèves anxieux l'apparition de symptômes dépressifs et vice versa. On observe autant ce phénomène du côté des troubles extérieurisés. D'ailleurs, les trajectoires développementales des élèves dans cette situation débute souvent avec la présence de symptômes de TDAH, puis l'apparition d'un TOP pour transiter à l'adolescence vers un TC.

En milieu scolaire, chez les enfants qui présentent des troubles du comportement, la comorbidité des troubles intérieurisés et extérieurisés est très prévalente (Fortin, Marcolle, Royer et Potvin, 2000). À cet effet, l'étude de Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan (2004) menée auprès d'un échantillon représentatif d'élèves

ayant des problèmes de comportement révèle que la majorité de ceux-ci présentaient un TDAH, un TOP ou un TC. Dans cet échantillon, 20 % présentaient des troubles dépressifs ou anxieux et pour pratiquement la majorité des sujets, leur trouble intérieurisé était en concomitance avec un trouble extérieurisé. Ces différents troubles du comportement et leur apparition concurrente complexifient le travail des professionnels et leur évaluation en raison des causes multifactorielles, non exclusives et en interaction sur un continuum développemental. D'où l'importance d'avoir une vision holistique de la situation, de cerner la majeure partie du problème dans le but de freiner l'émergence de trouble concomitant.

6.3.1 LA COMORBIDITÉ ENTRE LES TROUBLES INTÉRIORISÉS

La recherche démontre clairement que les troubles anxieux et les troubles dépressifs peuvent se présenter en concomitance (Brady et Kendall, 1992; Garber et Weersing, 2010; Moffit et al., 2007). Selon les études, on estime entre 15 % et 75 % le taux de concomitance des troubles anxieux chez les jeunes ayant un trouble dépressif et entre 10 % et 15 % la présence d'un trouble dépressif chez les jeunes ayant un diagnostic de trouble anxieux (Cummings, Caporino et Kandal, 2013). La direction de cette interinfluence entre ces troubles intérieurisés n'est pas clairement définie. En fait, Moffit et al. (2007) corroborés par Beesdo, Knapp et Pine (2009) rapportent qu'habituellement les troubles anxieux précèdent l'émergence d'un état dépressif. Toutefois, à la lumière de certains résultats de leurs recherches et de ceux provenant d'autres chercheurs, l'inverse peut se présenter aussi souvent (Castello et al., 2003; Moffit et al., 2007). Chose certaine, selon une étude longitudinale sur la comorbidité de ces troubles, Kessler et al. (2008) indiquent que ceux-ci et leur séquence d'apparition ne se manifestent pas sous l'influence des mêmes facteurs de risque. D'ailleurs, une recension des écrits effectuée récemment par Cummings, Caporino et Kendall (2013) fait le point sur ce sujet. Suivant les assises théoriques de l'approche de la psychopathologie développementale, ces auteurs illustrent le phénomène à partir de trois trajectoires qui, somme toute, prennent en considération les dispositions ou vulnérabilités générales (tempérament, biologie, génétique, environnement) qui peuvent affecter l'enfant (la diathèse de l'enfant).

La première trajectoire distingue l'enfant avec une prédisposition biologique (diathèse) relative à l'anxiété. Lorsque ces symptômes ne sont pas traités, la détérioration de l'enfant liée à l'anxiété devient un facteur de risque au déclenchement d'une dépression. Le développement de la dépression est souvent observé chez les enfants qui manifestent une phobie sociale ou une anxiété de séparation. La détérioration de l'enfant due à l'anxiété interagit avec les différents facteurs de risque relatifs aux deux troubles (distorsion cognitive, affecté négatif, styles parentaux, etc.) ce qui précipiterait l'état dépressif. Entre autres, la sensibilité que l'enfant anxieux porte au jugement social ainsi que l'altération de son processus interne lié à la récompense seraient deux vulnérabilités qui peuvent être associées au déclenchement de l'état dépressif. Pour les enfants qui suivent cette trajectoire, le traitement de l'anxiété est primordial.

Les enfants qui empruntent la deuxième trajectoire sont ceux qui ont les deux prédispositions biologiques soit celle de l'anxiété et celle de la dépression. Ils expriment simultanément les traits anxieux et dépressifs face à un même stress déclencheur. Cette deuxième trajectoire est empreinte d'une grande interaction entre plusieurs facteurs de risque que l'on retrouve pour l'anxiété et la dépression. En fait, c'est la trajectoire qui comprend le plus de facteurs de risque que partagent ces deux troubles. Nonobstant la présence des deux prédispositions, l'anxiété et la dépression peuvent être déclenchées à des moments différents. Le tout peut dépendre de l'âge de l'enfant et des changements reliés aux processus de maturation et de puberté. En somme, cette trajectoire est en grande partie expliquée par la génétique.

La troisième trajectoire inclut les enfants qui présentent une prédisposition biologique pour la dépression où la détérioration de la situation de l'enfant due à son état dépressif devient une source d'anxiété. L'anxiété peut être catalysée par des habiletés sociales lacunaires, de l'isolement ainsi que de l'intimidation qui découlent de l'état dépressif. Plusieurs influences indirectes lient la dépression au développement

de troubles anxieux chez ces enfants. En fait, cette trajectoire de comorbidités serait la plus commune chez les enfants plus âgés et se présente le plus souvent en phobie sociale ou en trouble d'anxiété généralisé. Tout compte fait, la comorbidité des troubles intériorisés est complexe et difficile à cerner, ce qui nécessite une acuité particulière de la part du professionnel lors de l'évaluation de ces troubles. Cette complexité s'accroît lorsqu'il y a concomitamment des troubles extériorisés associés aux troubles intériorisés.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

Les troubles intériorisés peuvent être plus difficilement détectables par les adultes en raison des répercussions qui sont moins manifestes sur l'environnement. En d'autres termes, ils passent trop souvent sous le radar des intervenants ce qui constitue un facteur de risque en soi. Soyez aux aguets et sensibles aux comportements de retrait social, d'inhibition, de somatisation et d'hypercontrôle émotif ou cognitif.

Les élèves anxieux peuvent développer des symptômes dépressifs. L'état dépressif pourrait être précipité par l'interaction de plusieurs facteurs de risque relatif à l'anxiété et la dépression (distorsion cognitive, affecte négatif, styles parentaux, etc.). Portez une attention particulière à la sensibilité de l'enfant au jugement social qui peut déclencher des symptômes dépressifs. Priorisez les interventions sur le traitement des symptômes d'anxiété chez les élèves qui peuvent emprunter cette trajectoire.

Les élèves dépressifs peuvent développer des symptômes d'anxiété. La détérioration de la situation de l'élève due à son état dépressif peut devenir une source d'anxiété. Portez une attention particulière aux habiletés sociales lacunaires, à l'isolement social ainsi que l'intimidation dont peuvent être victimes les élèves dépressifs. Ces facteurs de risque catalysent souvent les symptômes d'anxiété.

6.3.2 LA COMORBIDITÉ ENTRE LES TROUBLES EXTÉRIORISÉS

Les troubles extériorisés sont très souvent concomitants entre eux (Simonoff et al., 2004). D'ailleurs, il peut s'avérer difficile pour les professionnels de bien les distinguer (Rowland, Lesene et Abramowitz, 2002). Généralement, on observe que le TOP est souvent le précurseur du TC (Loeber et Keenan, 1994; Loeber et al., 2000). Intimement liés, ces troubles suivent une trajectoire développementale influencée par des facteurs de risque communs, dont le dysfonctionnement de l'environnement familial (Rey, Walter, Plapp et Denshire, 2000). Une modélisation théorique de ces trajectoires développementales permet de bien comprendre l'évolution de ces troubles comme un tout intégré, simplifiant ainsi l'identification des facteurs de risque à évaluer et la planification d'interventions globalisantes sur un continuum temporel. Moffit (2007), dans une recension des écrits, fait état des deux principales trajectoires qui conditionnent les troubles extériorisés. La première trajectoire regroupe les enfants ayant développé des conduites antisociales très tôt durant l'enfance et qui persistent à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte (LCP, life-course persistent) et la deuxième trajectoire comprend les enfants qui développent leurs conduites antisociales à l'adolescence (AL, adolescence-limited). Ceux qui suivent une trajectoire tardive (AL) tendent à être moins violents et agressifs que les enfants LCP et tendent à arrêter leur progression vers l'âge de 18 ans. Leurs difficultés comportementales seraient contextuelles à la puberté, à des traits de personnalité et à l'influence de pairs déviants. Beaucoup plus sévères, les conduites antisociales des enfants qui suivent une trajectoire précoce (LCP) commencent dès l'âge de trois ans. Leur origine découle principalement de conditions médicales, de tempérament difficile et de facteurs neurologiques à la base de déficits neurocognitifs qui altèrent le développement du langage, de la mémoire et de l'autocontrôle en bas âge. Ces enfants proviennent plus souvent de familles dysfonctionnelles marquées par des cumuls de stress dans lesquelles les pratiques éducatives des parents sont inadéquates, instables sur le plan des exigences, punitives, coercitives, teintées de maltraitance et où les interactions entre les membres sont négatives. Dans ce contexte familial, l'enfant développe peu d'habiletés sociales. Arrivé à l'école, ces enfants éprouvent beaucoup de difficultés sur le plan académique, sont rejetés par les pairs, leurs enseignants et s'affilient

avec des pairs déviants ce qui renforce le développement de comportements antisociaux (Vitaro et al., 1997). En somme, ces conséquences sur l'enfant découlent de l'exacerbation de ses déficits neurocognitifs causée par l'adversité de l'environnement dans lequel il vit (Moffit, 1993). À la lumière de cette théorisation, l'environnement familial, scolaire, les déficits neurocognitifs ainsi que l'âge d'initiation du problème de comportement seraient les principaux aspects à considérer dans le développement des troubles extériorisés. Lors de l'évaluation, l'importance de s'y attarder est d'autant plus grande alors que la présence de ces comportements à l'école primaire est prédictive d'un mauvais pronostic.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

Le TOP est souvent le précurseur du TC. Deux trajectoires développementales sont possibles. Celle où l'élève développe ses comportements perturbateurs tôt durant l'enfance (dès trois ans) et celle où l'élève développe ses comportements perturbateurs à l'adolescence. Généralement, le pronostic est moins favorable chez les élèves ayant une trajectoire précoce de comportement perturbateur d'où l'important de les dépister tôt dans le développement. L'âge d'apparition des comportements perturbateurs est un bon indicateur. Documentez avec précision l'histoire de vie et développementale de l'élève afin de faire ressortir l'âge d'apparition des comportements perturbateurs.

Portez aussi une attention particulière aux symptômes du TDAH. En effet, lorsqu'ils sont mal contrôlés, l'élève peut être plus à risque de développer des troubles extériorisés.

Sur le plan personnel, portez une attention particulière au tempérament de l'élève durant l'enfance, à ses habiletés cognitives, son quotient intellectuel, à son développement du langage, à ses capacités mnémoriques et à ces capacités d'autocontrôle.

Sur le plan familial, portez une attention particulière au fonctionnement familial en général, aux différents cumuls de stress, aux pratiques éducatives inadéquates (coercitives, punitives, instables, incohérentes, maltraitance, etc.), le manque de supervision parentale et les interactions négatives entre les membres de la famille.

6.3.3 LA COMORBIDITÉ ENTRE LES TROUBLES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS

La comorbidité entre les troubles intériorisés et extériorisés est relativement commune. En effet, Costello et al. (2003) démontrent dans leurs travaux que 25 % des sujets de leur échantillon ayant un diagnostic (n=6674) avaient deux troubles et plus en concomitance. De leur côté, Cohen et al. (1993) rapportent que les enfants de leur étude âgés entre 10-13 ans (n=541) avaient en moyenne 1,72 troubles diagnostiqués. Plusieurs études sur la comorbidité des troubles intériorisés et extériorisés démontrent l'apparition précoce de ceux-ci dans des environnements très à risque (Nottelman et Jensen, 1995; Gilliom et Shaw, 2004; Fanti et Henrich, 2010). Les facteurs de risque tels que le faible statut socioéconomique, l'environnement familial chaotique, la dépression maternelle, le tempérament difficile de l'enfant et les déficits cognitifs sont autant associés à l'étiologie des troubles intériorisés qu'extériorisés. Toutefois, Fanti et Henrich (2010) associent davantage les problèmes de santé mentale de la mère, le faible statut socioéconomique ainsi que le tempérament difficile de l'enfant comme étant les facteurs les plus contributifs à l'apparition concomitante des troubles intériorisés et extériorisés. Du à l'origine multifactorielle des différentes psychopathologies, il est difficile de mettre le doigt sur les causes exactes de cette comorbidité. À dire vrai, les causes ne sont pas exclusives à un diagnostic. En fait, deux troubles concomitants peuvent partager un même ou les mêmes facteurs de risque. On n'a qu'à penser aux mêmes facteurs d'adversité familiale qui se présentent dans le portrait étiologique de plusieurs psychopathologies. En effet, les mauvaises pratiques éducatives des parents peuvent tout autant moduler un trouble anxieux ou un trouble des conduites. D'un autre côté, le même facteur de risque observé pour un trouble intériorisé ou un trouble extériorisé

peut se distinguer par son influence et ainsi moduler les troubles d'une façon distincte. Par exemple, l'état dépressif des parents peut être lié au développement d'un état dépressif chez l'enfant dû à l'aspect héréditaire du trouble. Toutefois, cette condition des parents peut aussi contribuer au dysfonctionnement familial, spécialement lorsque les deux parents sont dépressifs, ce qui par conséquent rend l'enfant à risque de développer un trouble des conduites (Caron et Rutter, 1991). Cela dit, les trajectoires précoces des troubles intériorisés et extériorisés peuvent partager en grande partie les mêmes facteurs de risque proximaux (Gilliom et Shaw, 2004).

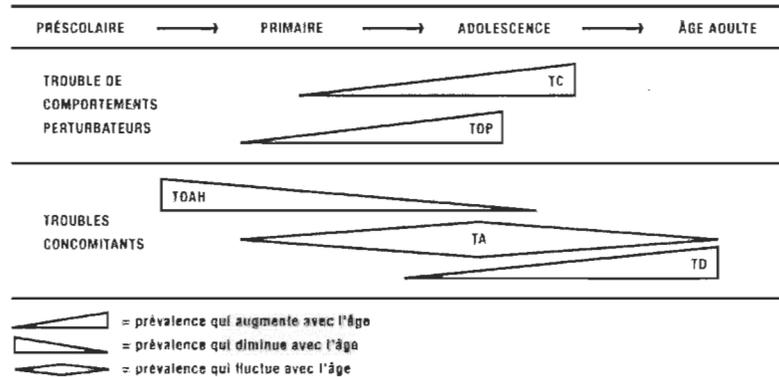


Figure 8. Représentation schématique des changements de prévalences des troubles de comportement perturbateur et leur comorbidité selon l'âge développemental.

Note¹. Cette figure est une traduction et une adaptation de l'original tiré de Loeber et Keenan (1994)

Note². TC : trouble des conduites; TOP : trouble oppositional avec provocation; TDAH : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité; TA : trouble anxieux; TD : trouble dépressif

Patterson et Capaldi (1990) proposent un modèle dans lequel les troubles extériorisés sont la plupart du temps précurseurs des troubles intériorisés. Le postulat du modèle indique que les troubles dépressifs ou anxieux découlent des échecs que les enfants vivent sur le plan social en raison de leurs comportements perturbateurs. En d'autres termes, l'enfant qui manifeste des troubles extériorisés est assujéti au rejet social ce qui, par conséquent, le rend à risque de développer des troubles intériorisés. De manière générale et d'un point de vue développemental, la fréquence et l'intensité de ces troubles en concomitance peuvent fluctuer durant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, et ce, dans des directions opposées. En fait, les comportements perturbateurs peuvent atteindre leur apogée durant la petite enfance, tendre par la suite à diminuer durant l'enfance et reprendre du mordant à l'adolescence. On observe le phénomène inverse pour les troubles intériorisés pour lesquels la prévalence tend à augmenter durant l'enfance et l'adolescence (Gilliom et Shaw, 2004). Les psychopathodéveloppementalistes expliquent ces fluctuations par l'effet des changements associés à l'âge de l'enfant sur ses cognitions et son environnement social. Par exemple, la diminution des comportements agressifs serait attribuable au développement des habiletés langagières, de résolution de conflit et à un meilleur encadrement de la part des parents au fil du temps. En contrepartie, l'intensification des troubles intériorisés serait causée par l'émergence des capacités mnémoniques et d'anticipation (Gilliom et Shaw, 2004). Plus précisément, Loeber et Keenan (1994) démontrent à la figure 8 les différents patrons développementaux possibles des troubles extériorisés et leur principale

comorbidité. Tel qu'illustré, les symptômes du TOP apparaissent habituellement plus tôt dans le développement que ceux du TC et selon ces auteurs, leur prévalence tend à augmenter avec l'âge. Parallèlement au développement de ces comportements perturbateurs, la séquence habituelle d'apparition des autres troubles concomitants débute par le TDAH, ensuite se pointe l'anxiété puis survient la dépression. Sur ce continuum, la prévalence des troubles concomitants aux TC et TOP tend à fluctuer. C'est le cas pour le TDAH et les troubles anxieux (anxiété de séparation, anxiété généralisée) qui peuvent diminuer avec l'âge. Une telle diminution des symptômes d'anxiété et du TDAH contribuerait à atténuer l'escalade des symptômes du TOP et du TC. On observe l'effet inverse pour la dépression. Effectivement, en vieillissant et plus particulièrement au début de l'adolescence, les symptômes de dépression des enfants avec un TOP ou un TC augmenteraient et cette croissance contribuerait à exacerber les symptômes du TOP et du TC.

La comorbidité entre les troubles intériorisés et extériorisés est un phénomène d'une grande complexité en raison de leur aspect multifactoriel. En effet, les facteurs de risque ne sont pas exclusifs à un trouble et le même facteur peut avoir une influence distincte sur chacun des troubles appartenant à l'un ou l'autre des deux spectres. On sait toutefois que ce phénomène prend naissance dans des milieux très à risque dont le statut socioéconomique est faible avec une figure maternelle qui a des problèmes de santé mentale. À ces facteurs, s'ajoutent des facteurs individuels tels que le tempérament et les processus cognitifs qui interfèrent le plus souvent dans la concomitance des troubles. La séquence développementale des troubles est à considérer. La présence d'un diagnostic annonce la plupart du temps l'apparition d'un autre trouble concomitant. On observe spécialement l'émergence des troubles intériorisés après qu'un trouble extériorisé se soit manifesté (Loeber et Keenan, 1994; Meagher, Arnold, Doctoroff, Dobbs et Fisher, 2009). L'identification des facteurs de risque proximaux aux fins d'interventions ciblées peut agir sur les troubles de ces deux spectres et ainsi freiner la genèse d'une éventuelle concomitance.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

La comorbidité entre des troubles intériorisés et extériorisés annonce le pronostic le moins favorable. L'origine de cette comorbidité est multifactorielle et il est difficile de mettre le doigt sur les causes exactes. Les facteurs de risques dans les regroupements (tableau 7 et 8) ne sont pas exclusifs. Le même facteur de risque pourrait autant influencer le développement d'un trouble intériorisé qu'un trouble extériorisé. Il reste que certains facteurs de risque peuvent avoir une plus grande influence. Portez une attention particulière au faible statut socioéconomique, à l'environnement familial chaotique, à la dépression maternelle, au tempérament difficile de l'enfant et à ses déficits cognitifs.

Généralement, les troubles intériorisés tendent à augmenter avec le temps et les troubles extériorisés tendent à diminuer avec le temps en raison de la maturation physiologique du cerveau.

La trajectoire développementale la plus commune est l'apparition de symptômes de troubles intériorisés suite à la présence de comportement perturbateur. Cette réalité s'observe alors que l'élève vit des échecs sur le plan social (rejet des pairs) en raison de ses comportements perturbateurs.

6.4 LES CONSIDÉRATIONS EN FONCTION DU GENRE DE L'ÉLÈVE

Les manifestations des troubles du comportement ainsi que leurs causes peuvent se différencier selon le genre de l'élève, entre autres, en raison de leurs conditions biologiques ou de socialisation. Par conséquent, une attention particulière sur ces différences peut conduire à un meilleur éclairage dans la façon de concevoir et d'analyser la problématique d'un élève. D'ailleurs, Rutter, Caspi et Moffitt, 2003 indiquent que l'étude des différences entre les sexes peut être un excellent moyen d'identifier l'étiologie complexe des différentes psychopathologies.

Les écrits scientifiques sur le développement des psychopathologies durant l'enfance et l'adolescence est quasi-unanime sur le fait que les troubles extériorisés sont beaucoup plus prévalents chez les garçons (Fussum, Willy-Tore, Handegard et Drugli, 2007; Hammarberg et Hagekull, 2006; Keiley, Bates, Dodge et Pettit, 2000; Loeber et al., 2000; Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004; Odgers et al., 2008; Rutter, Caspi et Moffitt, 2003). Cette réalité ne fait pas exception dans les écoles primaires québécoises. En effet, au début des années 2000, la prévalence des troubles du comportement dans les écoles primaires du Québec était de 2,5 % dont 0,8 % représentait des filles comparativement à 4,1 % pour les garçons. Durant ces années, il y avait cinq à six fois moins de filles identifiées en trouble grave de comportement recevant des services spécialisés (Conseil supérieur de l'éducation, 2001). Sur le plan épidémiologique, les prévalences du TC et du TOP sont trois à quatre fois plus élevées chez les garçons (Messer et al., 2006). Bien que moindres chez les filles, les taux de prévalence ne diminuent pas avec l'âge et évoluent différemment (Campbell, Shaw et Gilliom, 2000). En fait, les filles suivent davantage une trajectoire tardive (AL) de comportement antisocial, c'est-à-dire qu'elles développent plus souvent leur problème de comportement à l'adolescence (Moffitt et Caspi, 2006). Malgré le fait que les prévalences sont moins élevées chez les filles, on observe que la gravité de leurs problèmes de comportement sont aussi, voire même plus intenses, que ceux des garçons (Nelson, Babyak, Gonzalez et Benner, 2003; Déry et Lapalme, 2006).

De l'autre côté du spectre, on arrive à un consensus partiel pour ce qui est des troubles intériorisés. Plusieurs études ont mis de l'avant des prévalences plus élevées de troubles intériorisés chez les filles (Keiley et al., 2003; Merrell et Dobmeyer, 1996; Rutter, Caspi et Moffitt, 2003), et ce, jusqu'à quatre fois en milieu scolaire (Nelson, Babyak, Gonzalez et Benner, 2003). D'autres travaux n'indiquent aucune différence significative entre les deux sexes sur ce plan (Hammarberg et Hagekull, 2006), alors que certaines études démontrent des prévalences plus élevées chez les garçons spécialement en présence de troubles extériorisés (Somersalo, Solantaus, et Almqvist, 1999). On observe tout de même une tendance chez les filles à manifester davantage de problèmes de dépression à l'adolescence (Cumplings, Caporino et Kendal, 2013; Meagher et al., 2009; Twenge et Nolen-Hoeksema, 2002). Le constat est le même pour les troubles anxieux chez les adolescentes dans la population générale, mais comparable aux garçons dans des échantillons cliniques (Cumplings, Caporino et Kendal, 2013). De plus, comparativement aux garçons, les prévalences des troubles anxieux chez les filles sont plus élevées en bas âge (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008).

Ces différences entre les sexes sur le plan des manifestations psychopathologiques découlent de plusieurs processus. Entre autres, les garçons et les filles peuvent répondre à des facteurs de risque environnementaux différents, être influencés par différentes dimensions d'un même facteur de risque, exprimer divers mécanismes biologiques ou expressions génétiques, avoir des seuils biologiques et génétiques de déclenchement d'un trouble différent ou vivre d'une façon distincte l'influence des interactions entre les facteurs environnementaux et biologiques (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008). Les lignes suivantes présentent un survol des principaux facteurs associés à ces processus qui différencient les garçons et les filles selon le type de psychopathologie. Sans enlever l'apport des facteurs génétiques et biologiques sur le développement des troubles, l'attention a davantage été centrée sur les facteurs d'adversité environnementale propre à chacun des sexes.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

D'une façon générale, on observe que les filles ont tendance à manifester plus de symptômes intériorisés que les garçons et à l'inverse on observe que ces derniers manifestent plus de symptômes extériorisés. Cela serait en partie causé par des mécanismes biologiques et culturels qui peuvent être différents chez les deux sexes.

Orientez vos centrations d'évaluation en ce sens tout en gardant en tête que ce n'est pas exclusif et que l'inverse est tout aussi possible. Ces constats sont le reflet d'une tendance.

6.4.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES EXTÉRIORISÉS SELON LE GENRE

Les facteurs de risque biologiques, notamment les dysfonctionnements cognitifs, ainsi que les facteurs environnementaux à l'origine des troubles extériorisés seraient les mêmes pour les deux sexes (Déry, Toupin, Verlaan, et Lemelin, 2013; Moffitt, 1993; Lahey et al., 2006). L'explication des prévalences plus élevées chez les garçons réside plutôt dans le fait qu'ils exprimeraient généralement plus de vulnérabilités personnelles tels que des délais de maturation physique, de développement du langage, de régulation des émotions et de TDAH (Keenan et Shaw, 1997; Barkley, 2006). De plus, les filles auraient davantage de facteurs de protection biologiques et environnementaux qui découlent de leur processus de socialisation. Entre autres, elles ont de meilleures habiletés de contrôle de soi, d'inhibition et de régulation des émotions, de meilleures habiletés sociales, elles sont entraînées tôt à la coopération et au souci des autres et elles bénéficient davantage d'encadrement et de supervision, les rendant ainsi moins à risque de développer des troubles de comportement extériorisés (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008; Déry, Toupin, Verlaan, et Lemelin, 2013). En fait, ce qui conduit les filles à développer des troubles extériorisés c'est l'intensité des facteurs de risque sociaux et familiaux auxquels elles peuvent être exposées. En effet, chez les filles avec ces troubles, un même facteur de risque doit s'exprimer de façon beaucoup plus forte que pour les garçons, pour entraîner des difficultés de comportement. D'ailleurs, sur le plan individuel, les habiletés cognitives des filles en trouble du comportement seraient plus faibles que celles des garçons dans la même situation (Déry et Lapalme, 2006). Les milieux dans lesquels les filles avec un TC vivent seraient beaucoup plus adverses, violents, abusifs et dysfonctionnels sur le plan familial que celui des garçons dans les mêmes conditions (Déry, Toupin, Verlaan, et Lemelin, 2013; Fussum, Willy-Tore, Handegard et Drugli, 2007; Henggeler, Lewis et al., 1991; Kroneman, Loeber, Hipwell et Koot, 2009; Zahn-Waxler et Polanichka, 2004). D'ailleurs les travaux de Déry et al. (2013) mettent en évidence une plus grande association entre les filles ayant un TC et des facteurs de risque prénataux et post-nataux (tabagisme durant la grossesse, faible taux d'allaitement au sein), des caractéristiques du contexte familial (mère adolescente à la naissance de l'enfant, personnalité antisociale du parent, parent peu scolarisé) et des pratiques éducatives parentales lacunaires (négligence, faible supervision, désengagement à l'égard de la vie scolaire de l'enfant).

D'un autre côté, Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau (2008) rapportent dans leur recension des écrits que les filles et les garçons n'auraient pas le même niveau de sensibilité face à certains facteurs de risque. En particulier, les filles seraient davantage affectées par la qualité du parentage et du climat familial alors que les garçons seraient plus influencés par la qualité de la relation mère-enfant. Par ailleurs, Lewin, Davis et Hops (1999) rapportent que le meilleur indice prédictif des conduites antisociales chez les filles se retrouve sur le plan scolaire avec les problèmes sur le plan académique. À l'inverse, chez les garçons, les meilleurs indices de prédiction sont le rejet des pairs, les comportements agressifs (crise de colère, se battre) et le retrait social. En somme, les facteurs de risque qui mènent aux troubles extériorisés sont similaires pour les garçons et les filles, mais les processus qui les régissent peuvent différer. Entre autres, c'est l'intensité d'exposition et la sensibilité de chacun à certaines variables qui peuvent différer de l'un à l'autre.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

Malgré qu'on observe des prévalences moins importantes de troubles extériorisés chez les filles, il n'en demeure pas moins que celles-ci présentent des niveaux plus intenses et sévères de symptômes lorsqu'elles sont dans cette situation. De plus, on observe que les manifestations comportementales des filles seraient davantage portées contre elles-mêmes (prostitution, consommation abusive, mère adolescente, etc.) comparativement aux garçons qui manifesteraient plus de comportements dirigés envers autrui (méfait, délit, voie de fait, etc.).

Les garçons et les filles qui présentent des troubles extériorisés font face aux mêmes facteurs de risque (dysfonctionnement cognitifs, facteurs environnementaux et familiaux). Toutefois, chez les filles ces mêmes facteurs de risque s'expriment d'une façon beaucoup plus intense. Les filles qui manifestent des troubles extériorisés ont plus de problèmes cognitifs, proviennent de milieux familiaux beaucoup plus adverses et dysfonctionnels que les garçons dans la même situation. C'est donc l'intensité et la sévérité des facteurs de risque auxquels les filles sont exposées qui influencent l'apparition de leurs troubles extériorisés. Chez les garçons, c'est les délais de maturation physique, cognitive, de régulation des émotions, de développement du langage et le TDAH qui expliqueraient le développement des troubles extériorisés.

Les facteurs les plus prédictifs

Chez les garçons, portez une attention particulière à la qualité de la relation mère-enfant, aux rejets des pairs, au retrait social, aux comportements agressifs (crise de colère, se battre) et le retrait social.

Chez les filles, portez une attention particulière à la qualité du parentage, le climat familial et aux problèmes à l'école sur le plan académique.

6.4.2 LES FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES INTÉRIORISÉS SELON LE GENRE

Les facteurs de protection dont bénéficient les filles sur le plan biologique lorsqu'il est question de troubles extériorisés peuvent être nuisibles dans le cas des troubles intériorisés. En fait, la maturation neurologique plus rapide qu'on observe dans certaines parties de leur cerveau les rendrait plus à risque d'en développer. Les régions du cerveau qui bénéficient de cette maturation accélérée sont particulièrement responsables de processus cognitifs décisionnels, d'inhibition, de jugement et de la gestion des émotions ce qui, comparativement aux garçons, les amène à avoir davantage d'inquiétude, d'angoisse, de peur, de culpabilité, de rumination, de honte, de tristesse et d'anxiété (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008). On a vu plus tôt dans le texte que l'anxiété pouvait arriver tôt et être relativement stable durant le développement. Spécialement chez les filles, ces symptômes d'anxiété plus prévalents peuvent les amener à développer ultérieurement des problèmes dépressifs (Parker et Hadzi-Pavlovic, 2004). Ce ne sont pas tous les troubles dépressifs qui sont précédés de troubles anxieux et l'anxiété ne conduit pas toujours à des problèmes de dépression. Toutefois, cette trajectoire anxiété-dépression apparaît avec suffisamment de régularité qu'on peut postuler que l'anxiété joue souvent un rôle étiologique dans l'apparition des troubles dépressifs chez les filles. Bref, comparativement aux garçons, les filles ont davantage de troubles dépressifs et elles développent des troubles anxieux plus tôt dans leur développement dû à leur maturation biologique précoce, laquelle les rend plus souvent à risque d'emprunter ce type de trajectoire (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008).

Sur le plan des adversités environnementales, on observe que les filles sont plus sensibles à la dépression maternelle. En présence d'une mère dépressive, elles sont plus à risque que les garçons de développer des troubles intériorisés, et ce, parce qu'elles passeraient plus de temps avec leur mère dépressive

et entretiendraient des liens émotifs plus forts (Goodman et Tully, 2006). De cela peut naître une forme de contagion mère-fille (Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008). Les filles seraient aussi plus sensibles à la discorde familiale que les garçons et développeraient davantage de problèmes dépressifs dans un tel environnement (Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff et Woods, 2006). Dans ce contexte, elles manifestent plus de détresse psychologique, de peurs, elles se sentent plus concernées, coupables et responsables des situations conflictuelles comparativement aux garçons, ce qui augmente le risque de trouble dépressif. À l'inverse, dans un contexte similaire de discorde familiale, les garçons développeraient davantage des troubles extériorisés (Davis et Lindsay, 2004; Aube, Fichman, Saltaris et Koestner, 2000). Enfin, dans des situations de conflits interpersonnels, les filles sont plus susceptibles de développer des troubles intériorisés. Les ruptures les atteignent davantage, car elles sont généralement beaucoup plus investies émotionnellement dans leurs relations sociales et amoureuses (Rudolph, 2002).

En somme, on observe que les filles manifestent davantage de troubles intériorisés, entre autres, en raison de leur prédisposition biologique. La maturation précoce de certaines zones de leur cerveau où siègent les cognitions et leurs distorsions seraient à l'origine de leur sensibilité et vulnérabilité aux stress environnementaux. Pour les filles, il faut donc porter une attention particulière à la façon dont elles perçoivent les enjeux relationnels dans lesquels elles sont investies, et ce, tant sur le plan familial que social.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

Les filles ont une tendance à manifester plus de symptômes intériorisés que les garçons en raison de la maturation biologique et neurologique de leur cerveau qui est plus précoce. Cette maturation les rend plus actives cognitivement. Par conséquent, elles peuvent manifester plus d'inquiétude, d'angoisse, de peur, de culpabilité, de rumination, de honte, de tristesse et d'anxiété que les garçons. Ces conditions les rendent donc plus vulnérables à suivre une trajectoire développementale qui débute avec des symptômes anxieux pour ensuite développer des symptômes dépressifs.

Les facteurs les plus prédictifs

Chez les filles, portez une attention particulière aux discordes familiales (elles se sentent plus concernées, coupables et responsables des situations conflictuelles) et aux situations de conflits interpersonnelles dans les relations sociales et amoureuses.

7. CONCLUSION

L'adoption d'une démarche d'évaluation bien définie pour les psychoéducateurs en milieu scolaire primaire afin de les guider est souhaitable. Tout d'abord, pour faciliter leur travail qui se fait dans un contexte éfréné d'intervention. Ensuite, pour assurer une méthode rigoureuse de travail devant la complexité des problématiques. Enfin, pour mieux camper le rôle du psychoéducateur quant à son action évaluative dans le milieu scolaire par rapport au nouveau cadre législatif.

La méthode proposée vise à structurer une démarche à l'aide de pratiques dont l'efficacité est probante et l'articuler selon une approche différentielle. Le premier niveau d'analyse s'actualise par une démarche d'évaluation fonctionnelle du comportement dans le but de structurer la collecte d'information en observation. Puis, la collecte de données du deuxième niveau d'analyse s'opère en différenciant les facteurs de risque à documenter en fonction des manifestations comportementales qui peuvent être de type intériorisé ou extériorisé, des trajectoires développementales et du genre de l'élève.

La reconnaissance de la communauté scientifique à l'égard des dimensions intériorisées et extériorisées du comportement pour catégoriser les différentes psychopathologies appuie notre choix d'orienter la démarche d'évaluation proposée. À la lumière des travaux dans ces domaines, on a pu circonscrire les principaux facteurs de risque à considérer pour évaluer un élève en trouble du comportement, et ce, en se référant à ces types de troubles.

La plupart des facteurs environnementaux et individuels à évaluer sont synchronisés avec les meilleurs outils pour effectuer le travail d'évaluation. Que ce soit par des méthodes directes (observation) ou indirectes (entrevue, questionnaire), nous croyons augmenter la validité des évaluations, diminuer le risque de faire des erreurs d'interprétation, soutenir le jugement clinique et la validation des perceptions des psychoéducateurs qui effectueront l'évaluation des élèves en trouble du comportement.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., et Howell, C.T. (1987). Child / adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T.M. (1982). Assessment and taxonomy of children's behavior disorders. Dans B.B. Lahey et A.E. Kazdin (dir.) *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, p 1-38). New York: Plenum Press.
- Achenbach, T.M. et Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 5(6), 1275-1301.
- Achenbach, T.M. et McConaughy, S.H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology : Practical application (2^e éd.)*. London: Sage Publications.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT : University of Vermont, Research center for children, youth and families.
- Alberta Education. (2009). *Special education coding criteria*. Edmonton, AB: Alberta Education, Special Education Branch.
- American psychiatric association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American psychiatric publishing.
- Aube, J., Fichman, L., Saitaris, C. et Koestner, R. (2000). Gender differences in adolescent depressive symptomatology: towards an integrated social-developmental model. *Journal of social and clinical psychology*, 19 (3), 297-313.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical handbook for diagnosis and treatment (3^e éd.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Beesdo, K., Knappe, S. et Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorder in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric clinics of North America*, 32 (3), 483-524.
- Berthiaume, D. (2004). *L'observation de l'enfant en milieu éducatif*. Montréal, Qc : Gaëtan Morin
- Biederman, J. et Faraone, S.V. (2002). Current concepts on the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 6 (1), 7-16.
- Bijou, S. W., Peterson, R. F. et Ault, M. H. (1968). A méthode to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal applied behavior analysis*, 1, 175-191.
- Bourdon, K.H., Goodman, R., Rae, D.S., Simpson, G. et Koretz, D. S. (2005). The strengths and difficulties questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 44 (6), 557-564.
- Brady, E.U. et Kendall, P.C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological bulletin*, 111 (2), 244-255.
- Breen, M. J. et Fredler, C. R. (2003). *Behavioral approach to assessment of youth with emotional behavioral disorder: a handbook for school-based practitioners*. Autin: Pro Ed.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. Dans Vasta, R., éd. *Annals of child development: Vol 6. Six theories of child development: Revised formulations and current issues*. London: JAI.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le modèle «processus-personne-contexte-temps» dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications. Dans Tessier, R et Tarabufsky, G. M. (Éds). *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bub, K.L., McCartney, K. et Willett, J.B. (2007). Behavior problem trajectories and first-grade cognitive ability and achievement skills: a latent growth curve analysis. *Journal of educational psychology*, 99 (3), 653-670.
- Burchinal, M. R., Peisner-Fainberg, E., Pianta, R. et Howes, C. (2002). Development of academic skills from preschool through second grade: Family and classroom predictors of developmental trajectories. *Journal of School Psychology*, 40 (5), 415 - 436.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S. et Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12 (3), 467-488.
- Capron, C., Thérond, C. et Duyme, M. (2007). Psychometric properties of the french version of the self-report and teacher strengths and difficulties questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, (23)2, 79-88.
- Carlson, C. (2003). Assessing the family context. Dans Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (Éds.) *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children : Personality, Behavior, and Context*. New York : The Guilford press
- Caron, C., et Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues, and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (7),1063-1080.
- Chandler, L.K. et Dahlquist, C.M. (2006). *Functional assessment : strategies to prevent and remediate challenging behavior in school settings*. New Jersey : Pearson.
- Champoux, L., Couture, C. et Royer, É. (1992). *L'observation systématique du comportement*. Québec, Qc : Ministère de l'Éducation. Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires. Récupéré de : <http://www.mels.gouv.qc.ca/dgt/das/soutienetacc/pdf/observ92.pdf>
- Cicchetti, D. et Cohen, D.J. (Éds.). (2006). *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods. Vol. 2. Developmental neuroscience. Vol. 3. Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., et Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. Dans D. Cicchetti et S.L. Toth (dir.) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (Vol. 2, p. 131-154). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Veloz, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6), 851-867.
- Conseil supérieur de l'éducation. (2001). *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire : comprendre, prévenir, intervenir*. Québec : auteur.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., et Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60 (8), 837-844.
- Côté S., Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Zoccolillo, M. et Vitaro, F. (2002). Childhood behavioral profiles and adolescent Conduct Disorder: Risk trajectories for boys and girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1086-1094.
- Crone, D. A., Hawken, L. S. et Bergstrom, M. K. (2007) A Demonstration of Training, Implementing, and Using Functional Behavioral Assessment in 16 Elementary and Middle School Settings. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9 (1), 15-29.
- Crone, D. A., Hawken, L. S. et Horner, R. H. (2010). *Responding to problem behavior in schools : The behavior education problem*. New York, NY : Guilford Press.
- Cummings, E.M., Davies, P. T. et Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: theory, research and clinical implications*. New York, NY: Guilford Press.
- Curnmings, C.M., Caporino, N.E. et Kendall, P.C. (2013). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychology bulletin*, 139, 1-30.
- Davies, P.T. et Lindsay, L.L. (2004). Interparental conflict and adolescent adjustment: Why does gender moderate early adolescent vulnerability? *Journal of family psychology*, 18 (1), 160-170.
- Déry, M. et Lalapme, M. (2006). Les filles qui reçoivent des services à l'école primaire pour trouble de comportement. Dans P. Verhaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles comprendre pour mieux agir* (p. 257-280). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioral difficulties. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (11), 769-775.

- Déry, M., Toupin, J., Verlaan, P. et Lemelin, J.-P. (2013). Troubles conduites chez les filles à l'école primaire : facteurs associés selon le sexe. *Recherches et Éducatives*, 9, 11-26.
- Doctoroff, G. T. et Arnold, D. H. (2004). Parent-rated externalizing behavior in preschoolers: the predictive utility of structured interviews, teacher reports, and classroom observations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), 813-818.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72 (4), 1112-1134.
- Fanti, K.A. et Henrich, C.C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the national institute of child health and human development study of early child care. *Developmental psychology*, 46 (5), 1159-1175.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Jetton, J.G. et Tsuang, M.T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27 (2), 291-300.
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, É. et Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intériorisés, extériorisés et concomitants chez les élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'Éducation*, 26 (1), 197-218.
- Fussum, S., Willy-Tore, M., Handegard, B.H. et Drugli, M.B. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: are girl different from boys? *Scandinavian journal of psychology*, 48, 75-82.
- Gable, K. A. (1996). A critical analysis of functional assessment : Issues for researchers and practitioners. *Behavioral Disorders*, 22 (1), 36-40.
- Garber, J. et Weersing, V.R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: implication for treatment and prevention. *Clinical psychology: science and practice*, 17 (4), 293-306.
- Gilliom, M., et Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16 (2), 313-333.
- Gimpel Peacock, G. et Collett, B. R. (2010) *Collaborative home/school interventions: Evidence based solutions for emotional, behavioral, and academic problems*. New York : The Guilford Press.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal for child psychology and psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *American Journal of academic child adolescent psychiatry*, (40) 11, 1337-1345.
- Goodman, R. et Scott, S. (1999). Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: is small beautiful? *Journal of abnormal child psychology*, 27 (1), 17-24.
- Goodman, S.H. et Tully, E. (2006). Depression in women who are mothers: an integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. Dans C.L.M., Keyes et S.H. Goodman (dir.), *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences* (p. 241-282). New York NY: Cambridge university press.
- Hammarberg, A. et Hagekull, B. (2006). Changes in externalizing and internalizing behaviours over a school-year: differences between 6 years old boys and girls. *Infant and child development*, 15, 123-137.
- Hamre, B. K. et Pianta, R. C. (2001). Early teacher - child relationship and the trajectory of children's school outcome through eighth grade. *Child development*, 72 (2), 625 - 638.
- Harrower, J. K., Fox, L., Dunlap, G. et Kincaid, D. (2010). *Functional assessment and comprehensive early intervention*. *Exceptionality*, 8 (3), 189-204.
- Henggeler, S.W., Edwards, J. et Borduin, C.M. (1987). The family relations of female juvenile delinquents. *Journal of abnormal child psychology*, 15 (2), 199-209.
- Henricsson, L. et Rydell, A. (2004). Elementary school children with behavior problems: Teacher-child relations and self-perception. A prospective study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50 (2), 111 - 138.
- Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 443-463.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111 (1), 127-155.
- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C. et Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behavior checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of psychology and psychiatry*, 45 (7), 1299-1307.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Dumenci, L., Rescorla, L.A., Almqvist, F., Weintraub, S., ... Verhulst, F.C. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 36 (3), 405-417.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Dumenci, L. (2007). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *School Psychology Review*, 36 (3), 468-483.
- Janosz, M., Bouthillier, C., Bowen, F., Chouinard, R. et Desbiens, N. (2007). *Rapport de validation du Questionnaire sur l'environnement scoloéducatif des écoles primaires (QES-primaire)*. Montréal: Groupe de recherche sur les environnements scolaire, Université de Montréal.
- Kamphaus, R. W (Éds.) *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children : Personality, Behavior, and Context*. New York : The Guilford press.
- Kampwirth, T. J. et Power, K. M. (2012). *Collaborative consultation in the schools: Effective practices for students with learning and behaviors problems (4^e éd.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Keenan, K. et Shaw, D. (1997). *Developmental and social influences on young girls' early problem behavior*. *Psychological bulletin*, 121 (1), 95-113.
- Keiley, M.K., Bates, J.E., Dodge, K.A. et Pettit, G.S. (2000). Across-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (2), 161-179.
- Keiley, M.K., Lofthouse, N., Bates, J.E., Dodge, K.A. et Pettit, G.S. (2003). Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31 (3), 267-283.
- Kere, D.C.R., Lunkenheimer, E.S. et Olson, S.L. (2007). Assessment of child problem behavior by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48 (10), 967-975.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N. et Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38 (3), 365-374.
- Kroneman, L.M., Loeber, R., Hipwell, A.E., et Koot, H.M. (2009). Girls' disruptive behaviour and its relationship to family functioning: A review. *Journal of Child and Family Study*, 18 (3), 259-273.
- Lachar, D. et Gruber, C. P. (2003). Multisource and multidimensional objective assessment of adjustment : the Personality Inventory for Children, second edition; Personality Inventory for Youth; and Student Behavior Survey. Dans Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W (dir.) *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children : Personality, Behavior, and Context*. New York : The Guilford press.
- Ladd, G.W. et Burgess, K.B. (1999). Charting the relationship trajectories of aggressive, withdrawn and aggressive/withdrawn children during early grade school. *Child development*, 70 (4), 919-929.
- Lahey, B.B., Van Hulle, C.A., Waldman, I.D., Rodgers, J.L., D'Onofrio, B.M., Pedlow, S., Rathouz, P. et Keenan, K. (2006). Testing descriptive hypotheses regarding sex differences in the development of conduct problems and delinquency. *Journal of abnormal child psychology*, 34 (4), 737-55.
- Langevin, R. et Guelade, F. (2010). L'évaluation fonctionnelle du comportement, un modèle rigoureux applicable en milieu scolaire. *Revue de psychoéducation*, 39 (1), 45-59.
- Lewin, L.M., Davis, B. et Hops, H. (1999). Childhood social predictors of adolescent antisocial behavior: gender differences in predictive accuracy and efficacy. *Journal of abnormal child psychology*, 27 (4), 277-292.

- Loeber, R., et Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14 (6), 497-523.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., et Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part 1. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 39 (12), 1468-1484.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (3), 93-103.
- Meagher, S.M., Arnold, D.H., Doctoroff, G.L., Dobbs, J. et Fisher, P.H. (2009). Social-emotional problems in early childhood and development of depressive symptoms in school-age children. *Early education and development*, 20 (1), 1-24.
- Malti, T., Hsin-Ju Lui, C. et Noam, G.G. (2010). Holistic assessment in school-based developmental prevention. *Journal of prevention and intervention in the community*, 38 (3), 244-259.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Abikoff, H. et Moulton, J.L.III. (2004). Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: A prospective follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (5), 565-73.
- March, R. E. et Horner, R. H. (2002). Feasibility and contributions of functional behavioral assessment in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10 (3), 158-170.
- Mash, E.J et Hunsley, J. (2005). Special section: Developing guidelines for the evidence-based assessment of child and adolescent disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent psychology*, 34 (3), 362-379.
- Massé, L. (2014). Les interventions cognitivo-comportementales. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention*, (2^e éd., p.83-108). Montréal, Qc : Gaetan Morin Éditeur.
- Massé, L., Bégin, J.-Y. et Pronovost, J. (2014). L'évaluation psychosociale, la tenue de dossiers et la rédaction du rapport. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention*, (2^e éd., p.83-108). Montréal, Qc : Gaetan Morin Éditeur.
- Massé, L., Couture, C., Bégin, J.-Y. et Levesque, V. (2013). Utilisation du processus d'évaluation fonctionnelle dans un programme d'accompagnement adressé à des enseignants du secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 34 (3), 29-50.
- Massé, L., Desbiens, N. et Lanaris, C. (2014). *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.). Montréal, Qc: Gaetan Morin Éditeur.
- Meagher, S.M., Arnold, D.H., Doctoroff, G.L., Dobbs, J. et Fisher, P.H. (2009). Social-emotional problems in early childhood and development of depressive symptoms in school-age children. *Early education and development*, 20 (1), 1-24.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. et Meltzer, J. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45 (3), 609-621.
- Merrell, K.W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: a practical guide*, 2^e éd. New York, NY: Guilford press.
- Merrell, K.W. et Dobmeyer, A.C. (1996). An evaluation of gender differences in self-reported internalizing symptoms of elementary-age children. *Journal of psychoeducational assessment*, 14, 196-207.
- McCulloch, A., Wiggins, R. D., Joshi, H. E., et Sachdev, D. (2000). Internalizing and externalizing children's behaviour problems in Britain and the U.S.: Relationships to family resources. *Children et Society*, 14 (5), 368-383.
- McCurdy, M., Coutts, M. J., Sheridan, S. M. Et Campbell, L.M. (2012) Ecological variables in school based assessment and intervention planning. Dans R. Brown-Chidsey et K.J. Andren (Dir), *Assessment for intervention : a problem-solving approach* (2^e éd.) (p. 39-61). New York, NY: The Guilford Press.
- McLaren, E. M. et Nelson, M. (2009). Using functional behavior assessment to develop behavior Interventions for students in Head Start. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11 (1), 3-21.
- Miller, J. A. (2010). Assessing and intervening with children with internalizing disorders. Dans D. C. Miller (dir.) *Best practices in school neuropsychology: guidelines for effective practice, assessment, and evidence-based intervention* (p. 387-418). Hoboken, NJ: John Wiley et Sons.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2007a). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. Récupéré de : <http://www.mels.gouv.qc.ca/dg1/das/orientations/pdf/19-7065.pdf>
- Moffitt, T.E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A.M. et Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of general psychiatry*, 64 (6), 651-660.
- Moffitt, T.E. (2007). A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. Dans D.J. Flannery, A.T. Vazsonyi et I.D. Waldman (dir.), *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* (p. 49-74). New York, NY: Cambridge university press.
- Moffitt, T.E et Caspi, A. (2006). Facteurs de risque associés aux trajectoires développementales des conduites antisociales chez les garçons et les filles. Dans P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles comprendre pour mieux agir* (p. 79-120). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescent-limited and life course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100 (4), 674-701.
- Nakamura, B.J., Ebesutani, C., Bernstein, A. et Chorpita, B.F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31 (3), 178-189.
- National resource center on ADHD. (2009). *ADHD and coexisting disorders*. Récupérée le 11 novembre 2013 du site de l'organisme: <http://www.help4adhd.org/en/treatment/coexisting/WWK5>
- Nelson, R. O. et Hayes, S. C. (1981). Nature of behavioral assessment. Dans M. Hersen et A. S. Bellack (dir.), *Behavioral assessment: A practical approach* (p.3-37). New York, NY: Pergamon.
- Nelson, J.R., Babyak, A., Gonzalez, J. et Benner, G.J. (2003). An investigation of problem behaviors exhibited by K-12 students with emotional or behavioral disorders in public school settings. *Behavioral disorders*, 28 (4), 348-359.
- Nottelman, E. D., et Jensen, P. S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. In T. H. Ollendick et R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (p. 109-155). New York NY: Plenum.
- Ogden, C., Moffitt, T.E., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H., Poulton, R., Sea, M. R., Thomson, W. M., et Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20, 673-716.
- Office des professions du Québec (OPQ). (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. Québec, Qc : Auteur.
- O'Neil, R. E., Horner, R.H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K. et Newton, T. S. (2008). *Évaluation fonctionnelle et développement de programme d'assistance pour les comportements problématiques*. Bruxelles: De Boeck.
- Pardini, D.A. et Fite, P.J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys : advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 49 (11), 1134-1144.
- Parker, G. et Hadzi-Pavlovic, D. (2004). Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders? *Psychological Medicine*, 34 (3), 461-470.
- Patterson, G.R., DeGarmo, D.S et Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? *Development and psychopathology*, 12, 91-106.

- Patterson, G. R., et Capaldi, D. M. (1990). A mediational model for boys' depressed mood. Dans J. E. Rolf et A. S. Masten (dir.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (p. 141-163). New York, NY: Cambridge University Press.
- Paquette, G. (2004). *Contribution des instruments de mesure à l'évaluation psychoéducative*. En Pratique, OCCOPPO, Décembre, 6-7.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. et Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD : a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164 (6), 942-948.
- Pronovost, J., Caouette, M. et Bluteau, J. (2013). *L'observation psychoéducative*. Montréal, Qc : Bêliveau Éditeur.
- Remschmidt, H. et the Global ADHD Working Group. (2005). Global consensus on ADHD/HKD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14 (3), 127-137.
- Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.M. et Denshire, E. (2000). Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorder. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34, 453-457.
- Reynold, W.M. (1992). *Internalizing disorders in children and adolescents*. New York, NY: Wiley
- Sameroff, A. J., et Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology*, 15, 613-640.
- Rowland, A.S., Lesesne, C.A. et Abramowitz, A.J. (2002). The epidemiology of attentiondeficit/ hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8 (3), 162-170.
- Rudolph, K.D. 2002. Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of adolescent health*, 30 (4), 3-13
- Rutter, M., Caspi, A. et Moffitt, T.E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44 (8), 1092-1115.
- Sattler, J. M. et Hoge, R. D. (2006). *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations* (5^e éd.). San Diego, CA: J. M Sattler.
- Shapiro, E. S. et Kratochwill, T. R. (2000) Introduction : conducting a multidimensional behavioral assessment. Dans Shapiro, E. S. et Kratochwill, T. R. (Éds.) *Behavioral assessment in schools : theory, research and clinical foundations*. New York : The Guilford Press.
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., et Kovess, V. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: validation study in french school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44 (9), 740-747.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J. Pickles, A., Murray, R. et Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: continuities from childhood to adult life. *British journal of psychiatry*, 184, 118-127.
- Sroufe, L. A. et Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55, 17-29.
- Somersalo, H., Solantaus, T. et Almqvist, F. (1999). Four-year course of teacher-reported internalizing, externalizing and comorbid syndromes in preadolescent children. *European child and adolescent psychiatry*, 8 (4), 89-97
- Steege, M. W. et Brown-Chidsey, R. (2008). Functional behavioral assessment. Dans Brown-Chidsey, R. (Ed.) *Assessment for intervention : a problem-solving approach*. The Guilford Press.
- Sugai, G., Lewis-Palmer, T. et Hagan-Burke, S. (2010). Overview of the Functional Behavioral Assessment Process. *Exceptionality*, 8 (3), 149-160.
- Twenge, J.M., et Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, socioeconomic status and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (4), 578-588.
- Toth, S.L. et Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of discipline of developmental psychopathology. *Israel journal of psychiatry and related sciences*, 47 (2), 95-104.
- Teeter, P. et Semrud-Clikeman, M. (1997). *Child neuropsychology: assessment and interventions for neurodevelopmental disorders*. Boston: Allyn and Bacon.
- van Lier, P.A.C., van der Ende, J., Kool, H.M. et Verhulst, F.C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (6), 601-608.
- Vitaro, F., Tremblay, R.E., Kerr, M., Pagan, L. et Bukowski, W.M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics and delinquency in early adolescence: a test of two competing models of development. *Child development*, 68 (4), 676-689.
- Yergeau, É. et Paquette, G. (2007). *La formation à l'utilisation d'un instrument de mesure standardisé offert dans le cadre des activités de formation continue de l'OCCOPPO: évaluation de l'impact sur les pratiques évaluatrices des psychoéducateurs et psychoéducatrices*. Rapport de recherche. Sherbrooke: GRISE, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.
- Walker, H. M., Ramsey, E. et Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Evidenced-based practices*. New York, NY: Wadsworth/Thomson.
- Watson, T.S., Steege, M. W. et Watson, T. S. (2011). Functional assessment of behavior. Dans M. A. Bray et T. J. Kehle (dir.), *The Oxford handbook of school psychology* (p. 187-204). New York: Oxford University Press.
- Warnick, E.M., Bracken, M.B. et Kasl, S. (2008). Screening efficiency of the child behavior checklist and strenghts and difficulties questionnaire: a systematic review, *Child and adolescent mental health*, 13 (3), 140-147.
- Webster-Stratton, C. (1994). Strategies for helping early school-aged children with oppositional defiant and conduct disorders: The importance of home-school partnerships. *School psychology Review*, 22 (3), 437-457.
- World health organisation. (1994). The ICD-10 classification of mental and behavior disorders: diagnostic criteria for research. Genève, Suisse: Auteur.
- Zahn-Waxler C., et Polanichka, N. (2004). All things interpersonal: socialization and female aggression. Dans M. Putallaz, et K.L. Bierman (dir.), *Aggression, antisocial behavior and violence among girls: A developmental perspective* (p. 48-68). New York, NY: Guilford
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E.A., et Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.
- Zalsman, G., Brent, D. A. et Weersing, V. R. (2006). Depressive disorders in childhood and adolescent: an overview. Epidemiology, clinical manifestations, and risk factors. *Child and adolescent psychiatric clinics of Nort America*, 15 (4), 827-841.

Appendice D :
Évaluation des troubles du comportement à l'école primaire : Annexes du protocole



ÉVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE

ANNEXES DU PROTOCOLE

Jean-Yves Bégin, M.Sc.
Psychoéducateur
Doctorant en psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation

Sous la direction de
Caroline Couture, Ph.D. et Line Massé, Ph.D.
Professeures
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation

Table des matières

ANNEXE A - Formulaire d'évaluation fonctionnelle d'un comportement problématique chez l'élève ciblé'	5
ANNEXE B - Entrevue ou questionnaire spécifique sur les caractéristiques de l'élève (Organisme)'	8
ANNEXE C - Entrevue ou questionnaire spécifique pour les antécédents du comportement (Situation)'	9
ANNEXE D - Entrevue ou questionnaire spécifique pour les conséquences du comportement (Conséquence)'	11
ANNEXE E - Adaptation de la famille aux tâches développementales	12
ANNEXE F - Questionnaire pour établir l'anamnèse	14
ANNEXE G - Le développement normal d'un élève âgé entre 6 et 12 ans	30
ANNEXE H - Liste des principaux instruments de mesure utilisés en milieu scolaire pour l'évaluation des troubles du comportement	31
ANNEXE I - Instruments de mesure	
SDQ version parent	44
SDQ version enseignant	53
SDQ version enfant	62
SDQ Grille de comparaison des répondants	71
TSRI Questionnaire sur la relation maître-élève	72
Répertoire d'intervention relatives à la gestion de classe	74
Inventaire des pratiques de gestion de comportements	80
APQ Pratiques éducatives des parents	88
Profil familial	106

Nous tenons à remercier les
Fonds de recherche sur la société et la culture
pour le support financier.

Fonds de recherche
Société et culture
Québec 

FORMULAIRE D'ÉVALUATION FONCTIONNELLE D'UN COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE CHEZ L'ÉLÈVE CIBLÉ*

Nom de l'élève : _____	Âge : _____	Niveau : _____	Date : _____
A) La description opérationnelle du comportement problématique ciblé			
1. À quoi ressemble le comportement problématique? (Action, inaction, faits, gestes, paroles, etc.)			

2. À quelle fréquence le comportement problématique survient?			

3. Combien de temps dure le comportement problématique lorsqu'il apparaît?			

4. Quel est l'impact du comportement problématique sur le fonctionnement de l'élève en classe ou sur son adaptation scolaire et sociale? Quel est l'impact sur le fonctionnement du groupe ou sur le climat de la classe?			

B) La description de l'élève			
1. Forces de l'élève _____			

2. Difficulté de l'élève _____			

3. Conditions médicales particulières _____			

4. Émotions, pensées, cognitions _____			

5. Besoins particuliers _____			

* Adaptation par Nadeau, Massé et Couture de Functional Behavioral Assessment-Behavior Support Plan Protocol (F-BSP Protocol) de Crona et Herms (2003).

C) La description des antécédents et des conséquences du comportement ciblé

1. Quels sont les antécédents du comportement problématique? (Éléments de l'environnement, activités, personnes impliquées, états émotionnels, etc.)

a) Quelles situations semblent déclencher le comportement problématique? (Circonstances, environnement, directives, activités, etc.)

b) À quel moment le comportement problématique est le plus susceptible d'apparaître? (temps de la journée et jour de la semaine, personnes présentes, etc.)

c) À quel moment le comportement problématique est le moins susceptible d'apparaître? (temps de la journée et jour de la semaine, personnes présentes, etc.)

d) La fréquence ou la durée d'apparition de ce comportement varient-elles selon les situations? (activités, personnes présentes, moments de la journée, etc.)

2. Quelles sont les conséquences qui sont susceptibles de maintenir le comportement problématique?

a) Que se passe-t-il habituellement après l'apparition du comportement problématique?

b) Quel est l'impact des conséquences sur le comportement problématique? (arrêt, amélioration, aggravation)

c) Quelles sont les interventions déjà appliquées qui n'ont rien donné ou qui semblent avoir aggravé la situation?

d) Avez-vous déjà essayé quelque chose qui a bien fonctionné?

D) Pourquoi l'élève agit-il ainsi ? (Explications possibles)

1. Faites le résumé de la séquence comportementale.

Évènements/Contextes prédictifs	Conséquences qui le maintiennent	Fonction du comportement

2. À quel point avez-vous confiance en l'exactitude du résumé expliquant le comportement problématique?

PAS VRAIMENT CONFIANT			TRÈS CONFIANT		
1	2	3	4	5	6

3. Décrivez brièvement la conscience que l'élève a des comportements que nous avons ciblés. Est-il indifférent ou en souffre-t-il?

E) Quelles sont vos attentes?

F) Quel est votre plan d'action pour améliorer la situation?

Annexe B

ENTREVUE DU QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉLÈVE (ORGANISME)¹

Nom de l'élève:	Répondant:	Date de naissance:
École:	Date de passation:	Sexe:
Évaluateur:		

Variables individuelles : décrivez brièvement comment les caractéristiques suivantes peuvent être liées à l'apparition du comportement perturbateur.

Langage réceptif : _____

Langage expressif : _____

Compétences académiques (lecture, écriture, mathématiques) : _____

Habiletés sociales : _____

Problèmes de santé : _____

Problèmes de sommeil : _____

Médication : _____

Problèmes de consommation : _____

Problèmes alimentaires : _____

Problèmes émotifs (ex. : anxiété, dépression, colère) : _____

Habiletés cognitives (OI) : _____

Distorsions cognitives (trouble de la pensée, pensée irrationnelle) : _____

Capacités adaptatives : _____

Hypersensibilité ou sensibilité personnelle : _____

Diagnostics : _____

Autres caractéristiques personnelles : _____

¹Tiré et adapté de Steege et Watson (2009)

Annexe C

ENTREVUE DU QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE POUR LES ANTÉCÉDENTS DU COMPORTEMENT (SITUATION)¹

Nom de l'élève:	Répondant:	Date de naissance:
École:	Date de passation:	Sexe:
Évaluateur:		

Comportement perturbateur: _____

Variables environnementales: décrivez brièvement comment les variables suivantes peuvent déclencher le comportement perturbateur.

Stimulation auditive (ex. niveau sonore) : _____

Stimulation visuelle : _____

Aménagement de la classe : _____

Lieux particuliers : _____

Moment de la journée : _____

Variables relatives à l'enseignement : décrivez brièvement comment les variables suivantes peuvent déclencher le comportement perturbateur.

Activités ou tâches spécifiques : _____

Difficulté d'une tâche : _____

Erreurs lorsqu'il répond : _____

Insuffisance ou inconstance des renforcements : _____

Tâches non significatives : _____

Rythme des consignes (trop vite ou trop lent) : _____

Manque de choix sur le plan des activités et des tâches : _____

Consignes données en grand groupe: _____

¹Tiré et adapté de Steege et Watson (2009)

Annexe C

Annexe D

ENTREVUE DU QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE POUR LES ANTÉCÉDENTS DU COMPORTEMENT (SITUATION) (SUITE)

Tâche individuelle : _____

Travail en équipe : _____

Séquence d'une tâche ou d'une activité : _____

Correction ou directive à la suite d'une erreur : _____

Variables sociales : décrivez brièvement comment les variables suivantes peuvent déclencher le comportement perturbateur.

Présence de personne spécifique : _____

Nombre de personnes présentes : _____

Proximité des autres : _____

Comportement perturbateur des autres : _____

Variables relatives aux transitions : décrivez brièvement comment les variables suivantes peuvent déclencher le comportement perturbateur.

Transitions vers une tâche ou une activité : _____

Transition provenant d'une tâche ou d'une activité : _____

Changement dans la routine ou à l'horaire : _____

Changement de personnel : _____

Déplacement de ou vers l'école (ex. autobus, marche, voiture avec des pairs) : _____

Plusieurs comportements perturbateurs peuvent se manifester en même temps ou en fonction d'une réaction en chaîne. Indiquez et décrivez brièvement les autres comportements qui peuvent se manifester avant ou simultanément au comportement : _____

ENTREVUE DU QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE POUR LES CONSÉQUENCES DU COMPORTEMENT (CONSÉQUENCE)¹

Nom de l'élève: _____ Répondant: _____ Date de naissance: _____
 École: _____ Date de passation: _____ Sexe: _____
 Évaluateur: _____

Comportement perturbateur: _____

Ce questionnaire est conçu pour identifier les éléments qui renforcent le comportement perturbateur. Décrivez brièvement ce qui se passe une fois que le comportement perturbateur se manifeste :

A. Sur le plan de l'attention sociale de l'enseignant : _____

B. Sur le plan de l'attention sociale des pairs : _____

C. Sur le plan des gains d'objets : _____

D. Sur le plan des gains d'activités : _____

Décrivez brièvement ce qui se passe lorsque le comportement perturbateur amène une cessation, un retrait ou l'évitement :

A. D'une tâche ou d'une responsabilité: _____

B. D'une activité : _____

C. D'un lieu : _____

D. D'une interaction sociale (enseignant, autre personnel) : _____

E. D'une interaction sociale (pairs) : _____

Décrivez brièvement les comportements qui semblent avoir des conséquences sensorielles :

A. Entraîne l'excitation (ex. : augmente une stimulation sensorielle) : _____

B. Réduit l'excitation (ex. : diminue une stimulation sensorielle) : _____

Décrivez brièvement les paramètres de renforcement suivants:

A. Horaire (ex. : intermittent, continu, ratio) : _____

B. Qualité (apprécié, convoité, recherché) : _____

C. Amplitude (quantité, accessibilité, intensité) : _____

D. Synchronisation (immédiat, avec délai) : _____

¹Tré et adapté de Steege et Watson (2009)

Annexe E

ADAPTATION DE LA FAMILLE AUX TÂCHES DÉVELOPPEMENTALES

Cycle de vie de la famille	Tâches développementales de la famille intacte	Réalisée ? Cocher si oui
1. Le couple sans enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Différenciation d'avec la famille d'origine. - Établissement des liens avec les familles respectives - Négociations multiples et établissement de compromis. - Le jeune couple doit : <ul style="list-style-type: none"> • établir un chez soi, • décider comment gérer le budget, • définir les tâches, les rôles et les responsabilités, • apprendre à résoudre des conflits, • établir un système de communication, • établir des modes d'interaction avec les amis, • négocier la naissance d'un premier enfant. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. La famille avec de jeunes enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un espace aux enfants. - Repartage des rôles, des tâches et des responsabilités. (processus de différenciation corrélée). - Réajustement avec la famille élargie afin d'inclure les rôles de parents et de grand-parents. - Ajustement entre vie conjugale et fonction parentale. - Entretien de la vie conjugale. - Établissement de frontières avec les familles d'origine. - Négociation sur les pratiques parentales. - Se soutenir mutuellement dans l'exercice du rôle parental. - Ajustement entre vies familiale, professionnelle et sociale. - Prodiger des soins, favoriser le développement de l'enfant. - Soutenir son autonomie (Lautrey). 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. L'entrée dans l'adolescence	<p>Deux types de réactions pathologiques possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • exercer des pressions sur l'enfant pour rétablir l'état antérieur de dépendance, • pousser prématurément vers l'indépendance à un moment où le jeune est encore mal équipé pour une autonomie complète. <p>Les principales tâches des parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renégociation des règles, de l'autorité et du pouvoir, • ajustement des pratiques éducatives face à l'adolescent, • ajustement des attentes et des projets des parents à l'égard de l'adolescent, • soutenir le processus d'autonomisation et de différenciation de l'adolescent, • redéfinir le fonctionnement familial. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Annexe F

Cycle de vie de la famille	Tâches développementales de la famille intacte	Réalisée ? Cocher si oui
4. La famille après le départ des enfants	<ul style="list-style-type: none"> - Désinvestissement graduel du rôle de parent et modification de la relation conjugale. - Arrivée de nouveaux partenaires (ceux des enfants). - Investissement dans des buts plus personnels. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. La famille à la retraite	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption d'un nouveau style de vie excluant le travail. - Ajustements liés aux pertes économiques, sociales et physiques. - Restructuration du cercle d'amis. - Repartage des tâches et des responsabilités. - Adaptation à la maladie. - Adaptation au décès éventuel du conjoint. - Phase de maturité filiale : les enfants acceptent la dépendance des parents. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Tâches développementales de la famille recomposée	Réalisée ? Cocher si oui
<ul style="list-style-type: none"> - Aider les enfants à faire face à leurs conflits de loyauté - Prendre le temps d'établir un lien solide avec les enfants du ou de la conjointe avant de commencer à jouer un rôle parental à leur égard. - Favoriser un rapprochement entre les enfants des deux familles (s'il y a lieu) - Soutenir les enfants dans la négociation de leur place dans la nouvelle famille - Négociations et établissement de compromis (voir stade 2) - Ajustement entre vie conjugale et vie parentale - Négociations des pratiques parentales - Soutien mutuel dans l'exercice du rôle parental - Maintien des contacts avec l'ex-époux (épouse) - Favoriser l'entrée dans les familles d'origine respectives 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tâches développementales de la famille divorcée	Réalisée ? Cocher si oui
<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation de sa propre responsabilité dans l'échec du mariage - Ne pas utiliser les enfants dans la communication entre les parents (éviter l'alléation parentale) - S'entendre sur la garde des enfants, les visites et les aspects financiers - S'entendre sur la manière de soutenir l'éducation des enfants - Redéfinir la relation avec la famille du conjoint et maintenir d'un contact avec celle-ci - Redéfinir les rôles et les tâches dans les deux nouvelles familles - Reconstruire un réseau social 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Référence bibliographique

Carter B., McGoldrick M. (1999). *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives* (2^e éd., pp. 249-273), Allyn & Bacon, Boston.

Données sur la famille

Nom de l'enfant : _____ Date de l'entretien : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : garçon fille

Adresse : _____

École : _____ Professeur : _____

Personne qui remplit ce questionnaire :

 mère père belle-mère beau-père éducatrice

Nom de la mère : _____ Âge : _____ Niveau de scolarité : _____

Occupation : _____

Numéro de téléphone : maison : _____ Travail : _____

Nom du père : _____ Âge : _____ Niveau de scolarité : _____

Occupation : _____

Numéro de téléphone : maison : _____ Travail : _____

Nom de la belle-mère : _____ Âge : _____ Niveau de scolarité : _____

Occupation : _____

Numéro de téléphone : maison : _____ Travail : _____

Nom du beau-père : _____ Âge : _____ Niveau de scolarité : _____

Occupation : _____

Numéro de téléphone : maison : _____ Travail : _____

État civil des parents : _____

S'ils sont séparés ou divorcés, quel âge avait l'enfant lorsque la séparation s'est produite? _____

S'il s'est remarié, quel âge avait l'enfant lorsque le beau-parent est entré dans la famille? _____

Liste des personnes vivant dans la même maison :

Nom	Sexe	Relation avec l'enfant	Âge
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nommer le nom, le sexe, la relation avec l'enfant et l'âge, des frères ou des sœurs ou autres personnes significatives vivant à l'extérieur de la maison :

Nom	Sexe	Relation avec l'enfant	Âge
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Langue maternelle : _____ Autre langue parlée à la maison : _____

Quelle langue utilise l'enfant pour parler avec vous? _____

Quelle langue utilise l'enfant pour parler avec ses amis? _____

Est-ce que l'enfant est adopté? oui nonSi oui, à quel âge? _____ Est-ce que l'enfant sait qu'il a été adopté? oui non

Nom du groupe de la couverture médicale ou compagnie d'assurance : _____

Nom du médecin : _____

Si vous êtes référé, qui vous a référé ici : _____

Problème présenté

Décrivez brièvement les difficultés actuelles de l'enfant : _____

Depuis combien de temps ce problème vous préoccupe-t-il? _____

À quand remonte le premier problème constaté? _____

1 Ce questionnaire est traduit et adapté par Lyne Bouchard, PS.Éd., il est tiré de : Sattler, J. M. et Hoge, R. D. (2006). *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations*. (5^e éd.). San Diego, CA : J. M Sattler, pp. 615-631.

Qu'est-ce qui semble améliorer ce problème? _____

Qu'est-ce qui semble aggraver ce problème? _____

Avez-vous remarqué des changements dans les capacités de l'enfant : oui non

Si oui, veuillez décrire : _____

Avez-vous remarqué des changements dans les comportements de l'enfant : oui non

Si oui, veuillez décrire : _____

Est-ce que l'enfant a reçu une évaluation ou un traitement pour le problème actuel ou des problèmes similaires? oui non

Si oui, quand et avec qui? _____

Est-ce que l'enfant est traité pour une affection médicale? oui non

Si oui, pour quelle condition médicale est-il traité? _____

Est-ce que l'enfant prend des médicaments? oui non

Si oui lesquels? _____

Liste des difficultés comportementales et sociales

Cochez chaque comportement ou problème que l'enfant présente actuellement :

A des difficultés d'audition.	N'est pas bavard.	
A des difficultés de vision.	Oublie.	
A des difficultés de coordination.	A des trous de mémoire.	
A des difficultés d'équilibre.	Tombe souvent dans la lune.	
A des difficultés à se faire des amis.	A beaucoup de soucis.	
A des difficultés à garder ses amis.	Est impulsif.	
Refuse de partager.	Prends des risques inutiles.	
Préfère rester seul.	Se blesse fréquemment.	
Ne s'entend pas bien avec ses frères et sœurs.	A plusieurs accidents.	
Ne s'entend pas bien avec les adultes.	N'apprend pas de ses expériences.	
Se bat physiquement avec des adultes.	Se sent comme mauvais/méchant.	
Se dispute avec les adultes.	Est lent à apprendre.	
Crie des noms ou insultes des enfants.	Bouge lentement.	
A des sautes d'humeur.	Regarde dans le vide pour une longue période.	
Est agressif (décrivez) :	S'engage dans des comportements stéréotypés (décrivez) :	
Est retiré (décrivez) :	Ne comprend pas les sentiments des autres personnes.	

Est timide ou gêné.	A des difficultés à suivre les consignes.	
S'accroche aux autres.	Abandonne facilement.	
Se fatigue facilement, a peu d'énergie.	Se plaint de douleurs.	
Plus intéressé par les objets que par les personnes.	Est désobéissant.	
S'engage dans des comportements à risque pour lui ou pour les autres (décrivez) :	A des ennuis avec la loi.	
Brise les objets délibérément.	Cherche constamment l'attention.	
Ment (décrivez) :	Bouge continuellement.	
Vole (décrivez) :	A des périodes de confusion et de désorientation.	
Se blesse souvent.	Est jaloux (décrivez) :	
S'enfuit.	Est extrêmement égoïste.	
A une faible estime de soi.	Se sent désespéré.	
Blâme les autres pour ses ennuis.	Est nerveux ou anxieux.	
Argumente.	Est immature.	
Ne s'entend pas bien avec les enfants.	Se frustre facilement.	
Se bat physiquement avec les enfants.	A des difficultés d'apprentissage lorsqu'il y a des distracteurs.	
Se dispute avec les enfants.	Se méfie des autres personnes.	
Ne montre pas ses sentiments.	Demande une supervision constante.	
A de fréquentes crises de larmes.	A de la difficulté à résister à la pression des pairs.	
A des peurs inhabituelles ou spéciales, des habitudes et des manières (décrivez) :	Fait des crises de colère.	
Mouille son lit.	A de la difficulté à accepter la critique.	
Ronge ses ongles.	Se sent souvent triste et malheureux.	
Suce le pouce.	Parle de vouloir mourir.	
A fréquemment des crises de colère.	A une faible durée d'attention.	
A des troubles du sommeil (décrivez) :	A une faible mémoire.	
Se berce d'avant à l'arrière.	Met le feu	
Se cogne la tête.	Est effrayé par les nouvelles situations.	
Retient son souffle.	Planifie difficilement.	
Mange mal.	Mange des objets non comestibles.	
Est têtu.	N'est pas propre.	
A un mauvais contrôle des intestins.	Consomme des drogues (décrivez) :	
A de la difficulté à rester assis.	Boit de l'alcool de façon excessive.	
Est facilement distrait.	A de la difficulté à reconnaître qu'il ou qu'elle a un problème d'alcool.	

Est désorganisé. Est maladroit.		Autre problème (décrivez) :	
------------------------------------	--	-----------------------------	--

Cochez tout comportement ou problème que l'enfant a eu dans les trois derniers mois.

Montre un comportement sexuel provocateur.		Est craintif face aux étrangers.	
A une peur extrême de la salle de bain ou de la baignade.		(Dans les cas de divorce) A peur de la visite d'un parent ou d'une éducatrice.	
Vit de l'anxiété lorsque l'enfant est séparé de ses parents.		Mange trop.	
Vit de l'anxiété pour aller à l'école.		Est envieux des autres.	
A peur au moment du coucher.		Refuse de se déshabiller pour les cours d'éducation physique à l'école.	
Se méfie de tout contact physique avec les adultes en général.		Refuse de se laver.	
Refuse de s'endormir seul.		Semble hébété ou drogué après le retour de la visite chez le parent divorcé ou séparé.	
Refuse d'aller au lit.		Autre récent comportement ou problème (décrivez) :	
Perte de contrôle de la vessie.			

Liste des difficultés de langage ou de la parole

Cochez chaque problème de langage ou de la parole que l'enfant présente actuellement :

Parle avec des phrases plus courtes que prévu pour son âge.		A la parole inhabituellement forte.	
Ne sait pas le nom des objets communs.		A la parole très douce.	
A de la difficulté à se souvenir des mots familiers.		Fait des sons, mais pas de mots.	
Répond mieux aux gestes qu'aux mots.		Mélange l'ordre des événements.	
Ne fait pas les gestes appropriés pour communiquer.		Semble indifférent à communiquer.	
Utilise des gestes au lieu des mots pour exprimer ses idées.		Préfère parler avec les adultes seulement.	
A de la difficulté à comprendre les paroles.		Préfère parler avec les enfants seulement.	
Parle très lentement.		Préfère parler avec les membres de sa famille seulement.	
Parle trop vite.		Parle d'une façon monotone ou exagérée.	
Est souvent enroué.		Autre (décrivez) :	

Histoire scolaire

Cochez chaque problème scolaire que l'enfant présente actuellement :

A de la difficulté à lire.		A de la difficulté à commencer ses devoirs.	
A de la difficulté avec les mathématiques.		A de la difficulté à demander de l'aide lorsqu'il en a besoin.	
A de la difficulté avec l'épellation.		A de la difficulté à se souvenir de remettre ses devoirs.	
A de la difficulté avec l'écriture.		Fait des fautes d'inattention.	
A de la difficulté avec les autres matières (énumérez) :		A de la difficulté à suivre son plan de travail.	
A de la difficulté à garder son attention en classe.		A de la difficulté à terminer son travail dans les temps.	
A de la difficulté à demeurer assis en classe.		A de la difficulté à s'entendre avec le professeur.	
A de la difficulté à attendre son tour à l'école.		A de la difficulté à s'entendre avec les autres enfants.	
A de la difficulté à prendre des notes en classe.		N'aime pas l'école.	
A de la difficulté à respecter les autres.		Résiste pour ne pas aller à l'école.	
Oublie ses devoirs.		Refuse de faire ses devoirs.	
A de la difficulté à comprendre les consignes des devoirs.		Autre (décrivez) :	

Est-ce que l'enfant a fréquenté le préscolaire? oui non

Si oui, à quel âge? _____ Combien de fois? _____

À quel âge est-il entré à la maternelle? _____

Est-ce que l'enfant est dans une classe spécialisée? oui non

Si oui, quel type de classe? _____

Est-ce que l'enfant a échoué une année? oui non

Si oui, quelle année et pourquoi? _____

Est-ce que l'enfant a déjà eu de l'aide particulière ou une thérapie à l'école? oui non

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que le rendement scolaire de l'enfant s'est détérioré récemment? oui non

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a manqué beaucoup de jours de classe? oui non

Si oui, indiquez les raisons : _____

Histoire développementale

La grossesse

Est-ce que la mère a eu des problèmes pendant la grossesse (par exemple des saignements inhabituels, une pression artérielle haute, une infection ou du diabète)?

oui non je ne sais pas

Si oui, quel genre? _____

Quel âge avait la mère lorsqu'elle est devenue enceinte? _____

Est-ce que c'était sa première grossesse? oui non je ne sais pas

Si non, combien de grossesse a-t-elle eu avant? _____

Durant la grossesse, est-ce que la mère a fumé? oui non je ne sais pas

Si oui combien de cigarettes par jour? _____

Durant la grossesse, est-ce que la mère a bu des boissons alcoolisées?

oui non je ne sais pas

Si oui, qu'est-ce qu'elle consommait? _____

Approximativement, combien de consommation la mère prenait-elle par jour? _____

Est-ce que la mère a consommé durant chaque trimestre? (premier, deuxième et troisième)

oui non je ne sais pas

Est-ce qu'il y a eu des moments où la mère a consommé plus de 5 verres en une seule fois?

oui non je ne sais pas Si oui, durant chaque trimestre? _____

Durant la grossesse, est-ce que la mère a consommé des drogues (incluant des prescriptions, drogues illégales)? oui non je ne sais pas

Si oui, quel genre? _____ Combien de fois? _____

Durant la grossesse, est-ce que la mère a été exposée à des rayons X ou des produits chimiques?

oui non je ne sais pas

Durant la grossesse, est-ce que la mère a été exposée à des maladies infectieuses?

oui non je ne sais pas

Si oui, quelle maladie infectieuse? _____

Durant la grossesse, est-ce que la mère a reçu des soins prénataux?

oui non je ne sais pas

Combien de temps a duré le travail avant l'accouchement? _____

Est-ce que le travail était provoqué? oui non je ne sais pas

Est-ce qu'ils ont utilisé les forceps pour sortir l'enfant? oui non je ne sais pas

Est-ce qu'ils ont pratiqué une césarienne? oui non je ne sais pas

Si oui, pour quelle raison? _____

Est-ce qu'il y a eu des complications lors de l'accouchement? oui non je ne sais pas

Si oui, quel genre? _____

Est-ce que l'enfant est prématuré? oui non je ne sais pas

Si oui, après combien de semaines? _____

Est-ce que l'enfant a reçu des soins en néonatal? oui non je ne sais pas

Si oui, quel genre de soins et pendant combien de temps? _____

La petite enfance (la naissance)

Quel était le poids à la naissance? _____

Est-ce qu'il y a eu une anomalie congénitale ou des complications?

oui non je ne sais pas Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu des problèmes d'alimentation? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu des problèmes de sommeil? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu besoin d'oxygène? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu la jaunisse? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu des infections? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu besoin d'une transfusion sanguine? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

L'enfant a-t-il déjà souffert d'épilepsie? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu besoin d'antibiotiques? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a eu d'autres problèmes? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant est tranquille? oui non je ne sais pas

Est-ce que l'enfant aime être dans les bras? oui non je ne sais pas

Est-ce que l'enfant est alerte? oui non je ne sais pas

Est-ce que l'enfant grandit normalement? oui non je ne sais pas

Si non, décrivez : _____

Est-ce que l'enfant a été différent de ses frères ou de ses sœurs? oui non je ne sais pas

Si non, décrivez : _____

La petite enfance (les premières années)

Cochez chaque comportement démontré par l'enfant lors de sa première enfance.

N'appréciait pas les câlins.	Ne parlait pas.
Ne se calmait pas lorsqu'il ou qu'elle était dans les bras.	Avait des peurs excessives.
A eu des coliques.	Ignorait ses jouets.
Était excessivement agité.	Était attaché à un objet insolite (décrivez) :
Avait des troubles du sommeil.	Lorsque l'enfant se blessait, ne se souvenait plus de ses blessures ou n'en avisait pas ses parents.
Se cognait la tête fréquemment.	Avait des tics langagiers.
S'ingérait partout.	Préférait jouer seul.
Avait un nombre excessif d'accidents.	Avait peu de contact visuel.
A été exposé au plomb.	N'était pas intéressé par les autres enfants.
Avait des problèmes de motricité fine.	Ne souriait pas aux autres.
Avait des problèmes de motricité globale.	Était insensible au froid et à la douleur.
Ne babillait pas.	Ne faisait pas des « bye-bye » avec la main.

Y avait-il d'autres problèmes particuliers dans la croissance et le développement de l'enfant pendant les premières années? oui non je ne sais pas

Si oui, décrivez : _____

Ce qui suit est une liste de comportements de la petite enfance. S'il vous plaît, indiquez l'âge auquel l'enfant a commencé à adopter chacun des comportements. Si vous n'êtes pas certain de l'âge, mais vous avez une idée, inscrivez l'âge suivi d'un point d'interrogation. Si l'enfant n'a pas encore démontré le comportement décrit, inscrivez un X.

Comportement	Âge	Comportement	Âge	Comportement	Âge
Donner une réponse à la mère		Premier mot parlé		Se déshabiller seul	
Se tenir la tête droite		Montrer la peur des étrangers		S'habiller seul	
Rouler sur le côté		Utiliser 2 mots dans une phrase		Faire ses boucles de chaussures	
S'assoir seul		Mettre plusieurs mots ensemble		Rouler en tricycle	
Ramper		Commencer l'entraînement à la propreté le jour		Nommer les couleurs	
Demeurer debout seul		Rester sec la nuit		Connaître son alphabet en ordre	
Marcher seul		Boire dans un verre		Préférer une seule main	
Courir avec du contrôle		Manger seul		Boutonner ses vêtements	
Babiller		Jouer à taper des mains et à cache-cache		Utiliser ses fermetures à glissière	

Cochez tous les problèmes de santé que l'enfant a eus. Notez aussi l'âge approximatif auquel ces problèmes sont survenus.

Maladie/état	Âge	Maladie/état	Âge	Maladie/état	Âge
<input type="checkbox"/> Rougeole		<input type="checkbox"/> Os cassé		<input type="checkbox"/> Maladie articulaire ou osseuse	
<input type="checkbox"/> Rubéole		<input type="checkbox"/> Problèmes d'audition		<input type="checkbox"/> Gonorrhée ou syphilis	
<input type="checkbox"/> Oreillons		<input type="checkbox"/> Infections à l'oreille		<input type="checkbox"/> Anémie	
<input type="checkbox"/> Varicelle		<input type="checkbox"/> Problèmes de vision		<input type="checkbox"/> Jaunisse ou hépatite	
<input type="checkbox"/> Coqueluche		<input type="checkbox"/> Évanouissements		<input type="checkbox"/> Diabète	
<input type="checkbox"/> Diphtérie		<input type="checkbox"/> Perte de conscience		<input type="checkbox"/> Cancer	
<input type="checkbox"/> Polio		<input type="checkbox"/> Paralysie		Type :	
<input type="checkbox"/> Scarlatine		<input type="checkbox"/> Étourdissement		<input type="checkbox"/> Hypertension	
<input type="checkbox"/> Méningite		<input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents		<input type="checkbox"/> Asthme	
				<input type="checkbox"/> Saignement	

<input type="checkbox"/> Encéphalite	<input type="checkbox"/> Difficulté de concentration	<input type="checkbox"/> Eczéma ou urticaire
<input type="checkbox"/> Forte fièvre	<input type="checkbox"/> Problèmes de mémoire	<input type="checkbox"/> Tentative de suicide
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Fatigue extrême	<input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil
<input type="checkbox"/> Rhume des foies	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Blessures à la tête	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Tuberculose	

L'enfant a-t-il des allergies? oui non je ne sais Si oui, décrivez : _____

L'enfant a-t-il des handicaps? oui non je ne sais Si oui, décrivez : _____

L'enfant a-t-il des maladies graves? oui non je ne sais Si oui, décrivez : _____

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé? oui non je ne sais Si oui, décrivez : _____

L'enfant a-t-il eu des opérations? oui non je ne sais Si oui, décrivez : _____

L'enfant a-t-il eu des accidents? oui non je ne sais Si oui, décrivez : _____

Est-ce que les vaccinations de l'enfant sont à jour? (oui non je ne sais
Si oui, décrivez : _____

Le poids de l'enfant : _____ La grandeur de l'enfant : _____

Antécédents médicaux familiaux

Cochez toute maladie ou condition que tout membre de la famille immédiate a eue en notant la relation du membre de la famille à l'enfant.

Maladie ou condition	Relation à l'enfant	Maladie ou condition	Relation à l'enfant
<input type="checkbox"/> Alcoolisme		<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques	
<input type="checkbox"/> Cécité		<input type="checkbox"/> Hyperactivité	
<input type="checkbox"/> Cancer		<input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage	
<input type="checkbox"/> Surdité		<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale	
<input type="checkbox"/> Dépression		<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	
<input type="checkbox"/> Problème développemental		<input type="checkbox"/> Problème neurologique	
<input type="checkbox"/> Diabète		<input type="checkbox"/> Convulsions	
<input type="checkbox"/> Problèmes de drogues		<input type="checkbox"/> Problème de sommeil	
<input type="checkbox"/> Problèmes émotionnels		<input type="checkbox"/> Tentative de suicide	

<input type="checkbox"/> �pilepsie	<input type="checkbox"/> Autres problèmes
<input type="checkbox"/> Maladie génétique	Décrivez :

Autres informations :

Quelles sont les activités préférées de l'enfant?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Quelles activités l'enfant aimerait faire, mais qu'il ne peut à l'heure actuelle?

1. _____
2. _____
3. _____

Quelles sont les activités que l'enfant aime le moins?

1. _____
2. _____
3. _____

Quelles sont les tâches que l'enfant fait à la maison? _____

Il n'y a eu aucun changement récent dans sa capacité à mener à bien ces tâches?

oui non je ne sais

Si oui, décrivez ce changement : _____

  quelle heure en général l'enfant va au lit la semaine? _____ et la fin de semaine? _____

Problèmes avec la justice

Est-ce que l'enfant a déjà eu des démêlés avec la justice? oui non je ne sais

Si oui, décrivez brièvement : _____

Référence vers la protection de la jeunesse

Est-ce que l'enfant a déjà été référé au Directeur de la protection de la Jeunesse pour avoir été maltraité? oui non je ne sais

Si oui, décrivez : _____

L'utilisation de vos techniques disciplinaires

Cochez chaque technique que vous utilisez couramment lorsque l'enfant se comporte de façon inappropriée.

Ignorer les problèmes de comportements.		Faire assoir l'enfant sur une chaise.	
Gronder l'enfant.		Envoyer l'enfant dans sa chambre.	
Donner une fessée à l'enfant.		Retirer un privilège, comme une activité ou de la nourriture.	
Menacer l'enfant.		Autre technique, décrivez :	
Raisonner l'enfant.		Aucune technique, décrivez :	
Rediriger l'intérêt de l'enfant.			

Quelles sont les techniques disciplinaires qui sont généralement efficaces? _____

Avec quel type de problèmes? _____

Quelles sont les techniques disciplinaires qui sont généralement inefficaces? _____

Quel parent (tuteur) assure généralement la discipline? _____

Liste des activités

Cochez chaque activité que l'enfant fait par lui-même (même si l'enfant ne le fait pas régulièrement)

Mettre la table.		Faire le lavage.	
Préparer les repas.		Faire le repassage.	
Ramasser la table.		Mettre les vêtements au lavage.	
Laver la vaisselle.		Coudre.	
Aide à faire l'épicerie.		Ramasser les poubelles.	
Déballer l'épicerie.		Faire ses devoirs seul.	

Les responsabilités de l'enfant

On peut faire confiance à l'enfant pour s'occuper d'un animal? Oui non peut-être

Si non, pourquoi? _____

Est-ce que l'enfant peut gérer ses finances personnelles? Oui non peut-être

Si non, pourquoi? _____

Est-ce que l'enfant prend la responsabilité de son hygiène personnelle? Oui non peut-être

Si non, pourquoi? _____

Est-ce que l'enfant a un comportement généralement approprié pour son âge?

Oui non peut-être

Si non, décrivez quel comportement n'est pas approprié? _____

Autres domaines

Qu'est-ce que vous aimez faire avec l'enfant? _____

Quels sont les moyens les plus satisfaisants que vous avez trouvés afin d'aider votre enfant? _____

Quelles sont les forces de l'enfant? _____

Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres informations qui pourraient nous aider à travailler avec l'enfant? _____

Qu'est-ce qui vous a incité à demander de l'aide à ce moment? _____

Enquête sur le stress familial

Chaque famille peut vivre une certaine forme de stress. Placez un crochet vis-à-vis chaque événement que la famille a vécu au courant des 12 derniers mois.

La mère de l'enfant est décédée.	<input type="checkbox"/>	Quelqu'un dans la famille a des problèmes avec la justice (décrivez la relation avec l'enfant) :	<input type="checkbox"/>
Le père de l'enfant est décédé.	<input type="checkbox"/>	Les conditions financières de la famille ont changé.	<input type="checkbox"/>

Le frère de l'enfant est décédé.	Un membre de la famille a été accusé d'abus ou de négligence envers l'enfant (décrivez la relation avec l'enfant) :	
La sœur de l'enfant est décédée.	Le quartier a été changé pour pire.	
Les parents ont divorcé.	L'enfant a été victime de violence.	
Les parents sont séparés.	La famille a connu une catastrophe naturelle (décrivez) :	
Les grands-parents sont décédés.	L'enfant a démontré avoir des problèmes avec ses parents ou tuteurs.	
Quelqu'un dans la famille a été gravement blessé ou est tombé malade (nom de la personne).	L'enfant a démontré avec des problèmes avec ses frères et sœurs.	
Les parents se remarient.	L'enfant a démontré avec des problèmes à l'école.	
Le père a perdu son emploi.	L'enfant a changé d'école.	
La mère a perdu son emploi.	Les amis proches de l'enfant ont déménagé.	
La famille déménage dans une autre ville.	Un animal de l'enfant est décédé.	
La famille déménage dans un autre quartier.	Autre forme de stress, décrivez :	

Enquête sur les besoins des parents

Ci-dessous est énumérée une liste de besoins souvent exprimés par les parents (tuteurs). Veuillez cocher chaque item pour lesquels vous avez besoin d'aide.

Avoir plus d'information sur les capacités de l'enfant.	Avoir une assistance à la manipulation des autres enfants, amis de ses frères et sœurs.	
Rencontrer quelqu'un pour m'aider à me sentir dans ma peau.	Avoir l'assurance maladie.	
Avoir de l'aide pour les soins aux enfants.	Obtenir une formation professionnelle pour moi.	
Avoir plus d'argent ou une aide financière.	Avoir de l'assistance dans le traitement des problèmes avec les beaux-parents ou autres proches.	
Avoir quelqu'un qui peut garder les enfants pour une journée ou le soir afin que je puisse sortir.	Avoir de l'assistance dans le traitement des problèmes avec les amis et les voisins.	
Avoir de meilleurs soins médicaux pour mon enfant.	Obtenir de l'équipement spécial pour répondre aux besoins de l'enfant.	
Avoir de meilleurs soins dentaires pour mon enfant.	Avoir plus d'amis qui ont un enfant comme le mien.	
Avoir plus d'informations sur le développement de l'enfant.	Avoir quelqu'un à qui parler de mes problèmes.	

Avoir plus d'informations sur les problèmes de comportements.	Avoir de l'aide pour résoudre des problèmes de couple.	
Avoir plus d'informations sur les programmes qui peuvent aider l'enfant.	Avoir une voiture ou une autre forme de transport.	
Avoir de l'aide afin de bien communiquer avec l'école de l'enfant.	Avoir des soins médicaux pour moi.	
Avoir quelqu'un pour aider aux tâches ménagères.	Avoir plus de temps pour moi.	
Avoir du soutien et des conseils pour m'aider face à la situation.	Avoir plus de temps pour être avec l'enfant.	
Avoir les meilleurs services de thérapie pour l'enfant.	Avoir plus de temps pour être avec mon conjoint.	
Avoir un service de garde de jour pour que je puisse obtenir un emploi.	Avoir plus de temps pour être avec des adultes.	
Avoir une maison plus grande ou mieux ou un appartement.	Avoir des vacances.	
Avoir plus d'informations sur comment je peux aider l'enfant.	Autres besoins, décrivez :	
Avoir plus d'informations sur la nutrition ou l'alimentation.		

Merci de votre collaboration

Cognitif	Motoricité	Affectif et social	Social	Jugement moral
<p>Stade des opérations concrètes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduites opératoires; - Réversibilité : compréhension cognitive de la réciprocité et de la prise de conscience du point de vue d'autrui; - Sériation; - Opération sur les nombres; - Conservations du nombre et des liquides (6-7ans), des substances et des surfaces (7-8ans), du poids (9-10ans); - Classification : logique inductive. 	<p>Habilités dans les jeux de coordination qui impliquent tout le corps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sauter à la corde; - Pédaler à deux roues. <p>Intérêt grandissant dans les sports individuels et de groupe.</p> <p>Faire des proesses dans les jeux moteurs.</p>	<p>Période de latence où les pulsions internes sont moins violentes.</p> <p>Stade 4 d'Érikson : travail ou infériorité :</p> <p>Prendre goût au travail : habiletés scolaires, culturelles et de loisirs.</p> <p>L'élève devient de plus en plus débrouillard.</p> <p>À l'école, il apprend à travailler plutôt qu'à seulement jouer.</p> <p>Fait l'exercice de la collaboration et de la coopération.</p> <p>Il développe des outils pour réaliser des tâches à sa mesure.</p> <p>Ce développement plus ou moins réussi entraîne un sentiment de compétence ou d'incompétence personnelle (sentiment d'infériorité). La valeur recherchée est la maîtrise.</p>	<p>Relation avec les parents : l'attachement aux parents est présent, mais moins apparent.</p> <p>Relation avec les pairs : importance croissante des groupes d'amis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ségrégation sexuelle; - Importance de se faire des amis : intimité croissante entre eux; - Habileté d'autorégulation du comportement. <p>Capacité d'autonomie croissante : possibilités d'avoir plus de responsabilités.</p> <p>Aime faire des collections : échange avec ses amis.</p> <p>Apprentissage réaliste des règles de jeux.</p> <p><i>Les comportements sociaux peuvent être différents d'un individu à l'autre selon son tempérament de base.</i></p>	<p>Selon Piaget, l'enfant passe de la morale de la contrainte à la morale de réciprocité.</p> <p>Selon Kohlberg : Morale conventionnelle</p> <p>Stade 3 : Orientation de la bonne concordance interpersonnelle : la bonne action est motivée par la volonté de maintenir des bonnes relations avec son entourage et d'éviter la désapprobation.</p> <p>Besoin de satisfaire aux attentes du milieu et de bien s'entendre avec les autres.</p> <p>Stade 4 : La loi et l'ordre : répondre aux règles sociales.</p>

LISTE DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE UTILISÉS EN MILIEU SCOLAIRE POUR L'ÉVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

No	Titre de l'instrument	Âge des élèves	Objectifs	Répondants	Items (N)	Échelles et scores	Propriétés psychométriques ¹
1	ASEBA - Formulaire d'auto-évaluation (YSF) (Achenbach, 2002a)	Niveau de lecture 5 ^e année et plus	Dépistage des problèmes comportementaux.	Élève	112	8 échelles empiriques (syndromes): anxiété/dépression, retrait/dépression, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de pensée, problèmes d'attention, comportements d'opposition et comportements agressifs. 3 échelles globales : interiorisées (trois premiers syndromes), extériorisées (deux derniers syndromes) et total (huit syndromes). 6 échelles orientées vers les critères du DSM-IV : troubles affectifs (dépression), troubles anxieux, problèmes somatiques, trouble de déficit d'attention/hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites. 2 échelles de compétences : activités, vie sociale ou scolaire. 4 échelles de compétence et adaptation : rendement scolaire, implication, comportement, apprentissage et sentiment de bien-être.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : 8 jours; pour les échelles compétence et adaptation: r varie de 0,83 à 0,91; échelles empiriques: r varie de 0,67 à 0,89; échelles DSM: r varie de 0,68 à 0,86. Cohérence interne: pour les échelles compétence et adaptation: Alpha de Cronbach varie de 0,55 à 0,75; pour les échelles empiriques: Alpha de Cronbach varie de 0,71 à 0,95; pour les échelles du DSM: Alpha de Cronbach varie de 0,67 à 0,83. Source : Achenbach et Rescola (2001). Version française Stabilité temporelle: 5 jours; pour les échelles globales : r varie de 0,85 à 0,88. Cohérence interne: pour les échelles globales : Alpha de Cronbach varie de 0,83 à 0,92. Source : Wyss, Voelker, Cornick et Hakim-Larson (2003).
1	ASEBA - Formulaire de l'enseignant (TRF) (Achenbach, 2002b)	6 à 18 ans	Dépistage des problèmes comportementaux.	Enseignant	113	Version originale en anglais Stabilité temporelle: 16 jours; pour les échelles compétence et adaptation: r varie de 0,76 à 0,93; pour les échelles empiriques: r varie de 0,60 à 0,95; pour les échelles du DSM: r varie de 0,82 à 0,95. Cohérence interne: pour l'échelle totale compétence et adaptation: Alpha de Cronbach = 0,90; pour les échelles empiriques: Alpha de Cronbach varie de 0,72 à 0,97; pour les échelles du DSM: Alpha de Cronbach varie de 0,73 à 0,94. Source : Achenbach et Rescola (2001).	

1	ASEBA - Inventaire des comportements de l'enfant (CBCL) (Module scolaire) (Achenbach, 2002c)	6 à 18 ans	Dépistage des problèmes comportementaux.	Parent	113		Version originale en anglais Stabilité temporelle : 8 jours ; pour les échelles compétence et adaptation : r variant de 0,82 à 0,93 ; pour les échelles empiriques : r variant de 0,82 à 0,94 ; pour les échelles du DSM : r variant de 0,80 à 0,83. Cohérence interne : pour les échelles compétence et adaptation : Alpha de Cronbach variant de 0,63 à 0,79 ; pour les échelles empiriques : Alpha de Cronbach variant de 0,78 à 0,97 ; pour les échelles du DSM : Alpha de Cronbach variant de 0,72 à 0,91. Source : Achenbach et Rescola (2001).
2	CDI (Child Depression Inventory) - Version française (Kovacs, 2003)	7 à 17 ans	Dépistage et diagnostic de la dépression.	Élève	27	Score total d'intensité des symptômes dépressifs. 5 échelles : affect négatif, sentiment d'inefficacité, estime de soi négative, problèmes interpersonnels, anhédonie.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : 8 semaines ; pour l'échantillon total : $r = 0,70$; pour les garçons : $r = 0,72$; pour les filles : $r = 0,67$. Cohérence interne : Alpha de Cronbach pour l'échelle totale = 0,92 Source : St-Laurent (1990).
2	CDI (Child Depression Inventory) - Version française courte (Kovacs, 2003)	7 à 17 ans	Dépistage et diagnostic de la dépression.	Élève	10	Score total d'intensité des symptômes.	Version originale en anglais Cohérence interne : Alpha de Cronbach = 0,80. Source : Kovacs (2003).
3	Conners 3TM - AI - Autoévaluation (Conners, 2011a)	8 à 18 ans	Dépistage, diagnostic et profil du TDAH.	Élève	10	1 échelle : index TDAH.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalle : $r = 0,88$. Cohérence interne : Alpha de Cronbach = 0,80. Source : Conners (2006).
3	Conners 3TM - Autoévaluation (Conners, 2011b)	8 à 18 ans	Dépistage, diagnostic et profil du TDAH.	Élève	99	5 échelles de contenus : inattention, hyperactivité/impulsivité, problèmes d'apprentissage, agression, relations familiales. 4 échelles de symptômes du DSM-IV-TR : TDAH - inattention, TDAH - impulsivité/hyperactivité, trouble de conduite, trouble oppositionnel avec provocation ; index global et index de TDAH. 2 échelles de validité : biais positif, biais négatif et index d'inconsistance.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalle ; pour les échelles de contenus : r moyen = 0,79 (de 0,75 à 0,83) ; pour les échelles du DSM-IV-TR : r moyen = 0,76 (de 0,71 à 0,83). Cohérence interne : pour les échelles de contenus : Alpha de Cronbach moyen = 0,88 (de 0,84 à 0,92) ; pour les échelles du DSM-IV-TR : Alpha de Cronbach moyen = 0,85 (de 0,81 à 0,89) ; pour les échelles de validité : Alpha de Cronbach moyen = 0,56 (de 0,50 à 0,62). Source : Conners (2006).

3	Conners 3TM - Autoévaluation - Formulaire abrégé (Conners, 2011c)	8 à 18 ans	Diagnostic et profil du TDAH.	Élève	39	5 échelles de contenus : inattention, hyperactivité/impulsivité, problèmes d'apprentissage, agression, relations familiales. 2 échelles de validité : biais positif et biais négatif.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalle ; pour les échelles de contenus : r moyen = 0,79 (de 0,74 à 0,82). Cohérence interne : pour les échelles de contenus : Alpha de Cronbach moyen = 0,83 (de 0,77 à 0,89). Source : Conners (2006).
3	Conners 3TM - AI Enseignant (Conners, 2011d)	6 à 18 ans	Dépistage du TDAH.	Enseignant	10	3 échelles : index global, agitation/impulsivité, labilité émotionnelle.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalle ; $r = 0,84$. Cohérence interne : Alpha de Cronbach = 0,93. Fidélité interjuge : entre deux enseignants : index global ($r = 0,67$), agitation/impulsivité ($r = 0,70$), labilité émotionnelle ($r = 0,67$).
3	Conners 3TM - Enseignant (Conners, 2011e)	6 à 18 ans	Diagnostic et profil du TDAH.	Enseignant	115	7 échelles de contenus : inattention, hyperactivité/impulsivité, problèmes d'apprentissage/fonctions exécutives, problèmes d'apprentissage, fonctions exécutives, agressivité/opposition, relations avec les pairs ; index global et index de TDAH. 4 échelles du DSM-IV-TR : TDAH - inattention, TDAH - impulsivité/hyperactivité, trouble de conduite, trouble oppositionnel avec provocation. 3 échelles de validité : biais positif, biais négatif et index d'inconsistance.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalle ; pour les échelles de contenus : r moyen = 0,85 (de 0,78 à 0,90) ; pour les échelles du DSM-IV-TR : r moyen = 0,85 (de 0,83 à 0,87). Cohérence interne : pour les échelles de contenus : Alpha de Cronbach moyen = 0,94 (de 0,92 à 0,97) ; pour les échelles du DSM-IV-TR : Alpha de Cronbach moyen = 0,90 (de 0,77 à 0,95) ; pour les échelles de validité : Alpha de Cronbach moyen = 0,72 (de 0,70 à 0,73). Fidélité interjuge : entre deux enseignants : pour les échelles de contenus : r moyen = 0,73 (de 0,52 à 0,82) ; pour les échelles du DSM-IV-TR : r moyen = 0,79 (de 0,55 à 0,77). Source : Conners (2006).
3	Conners 3TM - Enseignant - Formulaire abrégé (Conners, 2011f)	6 à 18 ans	Diagnostic et profil du TDAH.	Enseignant	41	7 échelles de contenus : inattention, hyperactivité/impulsivité, problèmes d'apprentissage/fonctions exécutives, problèmes d'apprentissage, fonctions exécutives, agressivité/opposition, relations avec les pairs. 2 échelles de validité : biais positif et biais négatif.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalle ; r moyen = 0,78 (de 0,70 à 0,83). Cohérence interne : pour les échelles de contenus : Alpha de Cronbach moyen = 0,91 (de 0,87 à 0,94). Fidélité interjuge : entre deux enseignants : pour les échelles de contenus : r moyen = 0,77 (de 0,72 à 0,83). Source : Conners (2006).

3	Conners 3TM – GI Enseignant (Conners, 2011g)	6 à 18 ans	Dépistage du TDAH et évaluation des effets des traitements.	Enseignant	10	3 échelles : index global, agitation/impulsivité, labilité émotionnelle	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalles; $r = 0,80$. Cohérence interne: Alpha de Cronbach = 0,91. Fidélité interjuge : index global ($r = 0,67$), agitation/impulsivité ($r = 0,70$), labilité émotionnelle ($r = 0,67$). Source : Conners (2008).
3	Conners 3TM – AI- Parent (Conners, 2011h)	6 à 18 ans	Dépistage du TDAH.	Parent	10	1 échelle : index TDAH.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalles; $r = 0,93$. Cohérence interne : Alpha de Cronbach = 0,90. Fidélité interjuge : entre deux parents: $r = 0,85$. Source : Conners (2008).
3	Conners 3TM – Parent (Conners, 2011i)	6 à 18 ans	Diagnostic et profil du TDAH.	Parent	110	6 échelles de contenus : inattention, hyperactivité/impulsivité, problèmes d'apprentissage, fonctions exécutives, agressivité/opposition, relations avec les pairs; index global et index de TDAH. 4 échelles de symptôme du DSM-IV-TR : TDAH-inattention, TDAH-impulsivité/hyperactivité, trouble de conduite, trouble oppositionnel avec provocation. 3 échelles de validité : biais positif, biais négatif et index d'inconsistance.	Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalles; pour les échelles de contenus : r moyen = 0,85 (de 0,72 à 0,99); pour les échelles du DSM-IV-TR : r moyen = 0,89 (de 0,84 à 0,94). Cohérence interne : pour les échelles de contenus : Alpha de Cronbach moyen = 0,91 (de 0,85 à 0,94); pour les échelles du DSM-IV-TR : Alpha de Cronbach moyen = 0,90 (de 0,83 à 0,93); pour les échelles de validité : Alpha de Cronbach moyen = 0,87 (de 0,59 à 0,75). Fidélité interjuge : entre deux parents: pour les échelles de contenus : r moyen = 0,81 (de 0,74 à 0,84); pour les échelles du DSM-IV-TR : r moyen = 0,84 (de 0,75 à 0,94). Source : Conners (2008).
3	Conners 3TM – Parent – formulaire abrégé (Conners, 2011j)	6 à 18 ans	Diagnostic et profil du TDAH.	Parent	43	6 échelles de contenus : inattention, hyperactivité/impulsivité, problèmes d'apprentissage, fonctions exécutives, agressivité/opposition, relations avec les pairs. 5 échelles de validité : biais positif, biais négatif.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalles; pour les échelles de contenus : r moyen = 0,86 (de 0,73 à 0,97). Cohérence interne : pour les échelles de contenus : Alpha de Cronbach moyen = 0,89 (de 0,85 à 0,92). Fidélité interjuge : entre deux parents : r moyen = 0,83 (de 0,79 à 0,87). Source : Conners (2008).

3	Conners 3TM – GI Parent (Conners, 2011k)	6 à 18 ans	Dépistage du TDAH et évaluation des effets des traitements.	Parent	10	3 échelles : index global de Conners total, labilité émotionnelle, impulsivité/agitation.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : de 2 à 4 semaines d'intervalles; $r = 0,90$. Cohérence interne: Alpha de Cronbach = 0,90. Fidélité interjuge : entre deux parents: $r = 0,80$. Source : Conners (2008).
4	Dominique Interactif - 6-11 ans (Valia, 1999)	6 à 11 ans	Dépister l'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation; les phobies spécifiques; la dépression, le TDAH, le trouble d'opposition et le trouble des conduites	Élève	90	8 échelles : anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobies spécifiques, dépression, hyperactivité ou trouble de l'attention, opposition, trouble des conduites, forces et compétences.	Stabilité temporelle: de 7 à 15 jours; pour l'ensemble des échelles: r varie de 0,70 à 0,81. Cohérence interne: pour l'ensemble des échelles: Alpha de Cronbach = varie de 0,63 à 0,91. Source : Bergeron et al. (soumis).
5	EDC : Échelle d'évaluation des dimensions du comportement destinées aux enseignants et aux parents du primaire (Parent, Tremblay, Valois, Bullock et Wilson, 2006a)	6 à 12 ans	Dépister les troubles du comportement intériorisés ou extériorisés.	Enseignant Parent	39	Score total. 3 échelles : agressif-opposant, renfermé-craintif, inattentif	Stabilité temporelle : 22 à 40 jours ; version enseignant (EDCE) : r de 0,93 à 0,95; version parent (EDCP) : r de 0,80 à 0,86. Cohérence interne : version enseignant (EDCE) : Alpha de Cronbach varie de 0,95 à 0,96; version parent (EDCP) : Alpha de Cronbach varie de 0,88 à 0,96. Fidélité inter-juges : version EDCE: r varie de 0,62 à 0,86 selon les échelles. Source : Parent, Tremblay, Valois, Bullock et Wilson (2006b)
6	Beck Youth Inventories-second edition for children and adolescents (BYI-II) Inventaire de la dépression (Beck, Beck et Jolly, 2005)	7 à 18 ans	Évaluation des symptômes de dépression selon les critères du DSM-IV.	Élève	20	Échelle de dépression qui comprend des items sur les pensées négatives face à la vie et à l'avenir, sur le sentiment de tristesse et de culpabilité	Stabilité temporelle (selon le sexe et le groupe d'âge) : r varie de 0,79 à 0,92. Cohérence interne (selon le sexe et le groupe d'âge): Alpha de Cronbach varie de 0,90 à 0,92. Source : Beck, Beck et Jolly (2008)
7	Beck Youth Inventories-second edition for children and adolescents (BYI-II) Inventaire de l'anxiété (Beck, Beck et Jolly, 2005)	7 à 18 ans	Évaluation des symptômes psychologiques et physiologiques relatifs à l'anxiété.	Élève	20	Échelle d'anxiété qui comprend des items sur les craintes, le sentiment de perte de contrôle, les inquiétudes de l'élève face à ses performances scolaires, face aux réactions des autres.	Stabilité temporelle (selon le sexe et le groupe d'âge) : r varie de 0,77 à 0,93. Cohérence interne (selon le sexe et le groupe d'âge): Alpha de Cronbach varie de 0,89 à 0,91. Source : Beck, Beck et Jolly (2006)

8	Beck Youth Inventories-second edition for children and adolescents (BYI-II) Inventaire de la colère (Beck, Beck et Jolly, 2005)	7 à 18 ans	Évaluation du sentiment de colère de l'élève	Élève	20	Échelle de colère qui comprend des items relatifs à des pensées d'être traité injustement par les autres, à des sentiments de colère et de haine.	Stabilité temporelle (selon le sexe et le groupe d'âge) : r varie de 0,74 à 0,87. Cohérence interne (selon le sexe et le groupe d'âge) : Alpha de Cronbach varie de 0,87 à 0,92. Source : Beck, Beck et Jolly (2008)
9	Beck Youth Inventories-second edition for children and adolescents (BYI-II) Inventaire des comportements perturbateurs (Beck, Beck et Jolly, 2005)	7 à 18 ans	Évaluation des comportements perturbateurs de l'élève	Élève	20	Échelle de comportement perturbateur qui comprend des items sur des pensées et comportements associés au trouble des conduites et au trouble de l'opposition avec provocation.	Version originale en anglais Stabilité temporelle (selon le sexe et le groupe d'âge) : r varie de 0,88 à 0,92. Cohérence interne (selon le sexe et le groupe d'âge) : Alpha de Cronbach varie de 0,85 à 0,90. Source : Beck, Beck et Jolly (2008)
10	Beck Youth Inventories-second edition for children and adolescents (BYI-II) Inventaire du concept de soi (Beck, Beck et Jolly, 2005)	7 à 18 ans	Évaluation du concept de soi de l'élève	Élève	20	Échelle de concept de soi qui comprend des items relatifs aux compétences, aux forces et la confiance en soi de l'élève.	Version originale en anglais Stabilité temporelle (selon le sexe et le groupe d'âge) : r varie de 0,81 à 0,90. Cohérence interne (selon le sexe et le groupe d'âge) : Alpha de Cronbach varie de 0,89 à 0,91. Source : Beck, Beck et Jolly (2008)
11	Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra) - Version parents et enseignants (Goodman, 2005). Disponible dans l'annexe I	4 à 17 ans	Dépistage des problèmes de comportement.	Enseignant Parent	25	Score total. 5 échelles : troubles émotionnels; troubles comportementaux; hyperactivité; troubles relationnels avec les pairs; prosocial.	Version originale en anglais Stabilité temporelle : 4 à 6 mois : pour les parents : r varie de 0,57 à 0,72; pour les enseignants : r varie de 0,65 à 0,82. Source : Goodman (2001). Version française Cohérence interne : pour les parents : Alpha de Cronbach varie de 0,46 à 0,74; pour les intervenants : Alpha de Cronbach varie de 0,64 à 0,87. Source : Capron et al. (2007) et Shojai et al. (2009).
11	Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra) - Version autorapportée (Goodman, 2005). Disponible dans l'annexe I	11 à 17 ans	Dépistage des problèmes de comportement.	Élève	25	Score total. 5 échelles : troubles émotionnels; troubles comportementaux; hyperactivité; troubles relationnels avec les pairs; prosocial.	Version française Stabilité temporelle : 6 semaines; r = varie de 0,57 à 0,75. Cohérence interne : Alpha de Cronbach : troubles émotionnels = 0,64; troubles comportementaux = 0,53; hyperactivité = 0,66; troubles relationnels avec les pairs = 0,46; prosocial = 0,59; échelle totale = 0,73. Source : Capron et al. (2007).

12	Grille pour l'identification d'élèves à risque d'échec au primaire (Potvin, Leclerc, Pinard, Papiion & Marzouk, 2002)	6 à 12 ans	Déterminer le niveau de risque d'échec de l'élève (faible, modéré ou sévère) à partir d'indices directement associés à la réussite scolaire et permet également d'obtenir un portrait général de la situation de risque d'une classe.	Enseignant	16	Score total. Risque d'échec de l'élève	Cohérence interne : (Kuder-Richardson 0,72). Stabilité temporelle des réponses acceptable. Quatre chercheurs ont été impliqués dans l'analyse de la validité de contenu. Des niveaux de risque d'échec ont aussi été établis à partir de la distribution des scores issus de l'addition du score à tous les items. Le score moyen des 459 élèves est de 19,47 avec un écart-type de 6,57 (12,9 et 26,04). Source : OPPQ
13	La motivation scolaire: Outils d'analyse et de diagnostic (Comité sur la motivation scolaire de la Beauce-Etchemin, 2001).	6 ^e année et plus	Évaluer le profit motivationnel d'un élève du primaire à partir de différentes composantes de la motivation scolaire	Élève enseignant parent	e : 80 e : 50 p : 274	Échelles mesurant les composantes liées à la motivation scolaire : l'attention et la concentration, le projet personnel et la perception de la valeur d'une activité, la perception de sa compétence, les aptitudes scolaires, la volonté et le sens de l'effort, la gestion du temps et de l'étude, les stratégies d'apprentissage, etc.	Cohérence interne (alpha de Cronbach) : Satisfaisante. Seules deux échelles composant la dimension Appui des parents ont des scores quelque peu inférieurs au seuil minimal normalement retenu qui est de 0,70 (dimension 1 : 0,649 et dimension 2 : 0,675). Ces échelles n'ont pas été retirées. Conséquemment, les auteurs précisent que l'interprétation des résultats de ces deux dimensions doit être réalisée avec prudence. Source : OPPQ
14	Indice de stress parental (ISP) (Abidin, 1995, 1996; Bigras et al., 1996)	6 à 12 ans	L'indice de stress parental mesure l'ampleur du stress perçu par le parent à propos de divers domaines de sa vie, dont sa relation avec l'enfant.	Parent	101	Le premier domaine concerne le parent, il comprend sept échelles: Sentiment de compétence, isolement social, attachement, santé, restriction imposée par le rôle parental, dépression-culpabilité, relation conjugale. Le deuxième domaine concerne l'enfant, il comprend six échelles : adaptabilité/malleabilité, acceptation de l'enfant par le parent, hyperactivité, humeur, exigence, renforcement des parents par l'enfant.	Cohérence interne (alpha de Cronbach) : échelles du domaine du parent varient entre 0,55 et 0,85. Échelles du domaine de l'enfant varient entre 0,55 et 0,97. Échelles totales varient entre 0,86 et 0,93. (Lacharité et al. 1992/1999). Cohérence interne (alpha de Cronbach) : échelles du domaine du parent varient entre 0,56 et 0,82. Échelles du domaine de l'enfant varient entre 0,65 et 0,77. Échelles totales varient entre 0,91 et 0,95. (Bigras et al. 1996). Source : OPPQ

15	BRIEF – Inventaire de comportements liés aux fonctions exécutives (Gioia et al., 2000; 2011)	6 à 12 ans	Évaluer les fonctions exécutives en milieu scolaire (troubles d'apprentissage, TDAH, TED, troubles associés au syndrome de Tourette, lésions cérébrales traumatiques, troubles liés aux naissances prématurées).	Enseignant et parent	86	Échelles de fonctions comportementales: inhibition, flexibilité, contrôle émotionnel; échelles des fonctions cognitives: initiative, mémoire de travail, planification/organisation, organisation du matériel, autorégulation; indices des fonctions exécutives: indice de flexibilité comportementale, indice de flexibilité mentale; échelle globale des fonctions exécutives; échelle de biais; échelle de négativité, échelle d'incohérence au test.	Cohérence interne version enseignant (alpha de Cronbach): jugées de très bonnes à excellentes pour l'ensemble des échelles variant de 0,84 à 0,98. Cohérence interne version parent (alpha de Cronbach): jugées de très bonnes à excellentes pour l'ensemble des échelles variant de 0,80 à 0,98. Source: OPPQ
16	Analyse de l'estime de soi (Battle, 2002; Brunsmann, 2003)	6 à 8 ans et 9 à 12 ans	Évalue l'estime de soi sans apport culturel. Permet entre autres de dépister les élèves nécessitant un support psychologique et d'identifier les aspects spécifiques reliés aux problèmes d'estime de soi.	Élève	29 64	6 à 8 ans: échelle globale d'estime de soi 9 à 12 ans: quatre échelles: scolaire, générale, parent/maison, social	Cohérence interne (alpha de Cronbach): variant entre 0,87 à 0,78. Source: Institut de recherches psychologiques
17	Teacher-Student Relationship Inventory (TSRI) (Ang, 2005) Disponible dans l'annexe I	6 à 12 ans	Évalue la perception de l'enseignant sur la qualité de la relation élève-enseignant	Enseignant	14	Trois échelles: aide instrumentale, satisfaction, conflit	Cohérence interne (alpha de Cronbach): variant entre 0,88 et 0,95. Source: Ang, 2005
18	Alabama Parenting Questionnaire (APQ) (Shelton, Frick & Wootton, 1996) Disponible dans l'annexe I	6 à 11 ans	Évalue les pratiques éducatives des parents associées aux problèmes de comportement chez les enfants.	Parent	42	Cinq échelles: Engagement parental, Comportements éducatifs positifs, Supervision lacunaire, Incohérence de la discipline, Punition corporelle	Cohérence interne (alpha de Cronbach): variant entre 0,48 et 0,80 (Shelton et al., 1996). Cohérence interne (alpha de Cronbach): variant entre 0,55 et 0,77 (Dadds et al., 2003).
19	Inventaire des pratiques de gestion de comportements (Massé & Coctura, en préparation) Disponible dans l'annexe I	6 à 17 ans	Évalue les pratiques éducatives des enseignants	Enseignant	99	Neuf échelles: intervention pour favoriser l'autocontrôle, soutien affectif, techniques d'enseignement, planification et gestion du temps, règles-consignes-attentes-routine, aménagement de classe, renforcement, conséquences, évaluation fonctionnelle des comportements.	En cours de validation

20	Questionnaire de l'environnement socioéducatif des écoles primaires (Janosz et al., 2007)	9 à 12 ans	Évalue la qualité de l'environnement scolaire pour soutenir les intervenants dans leurs efforts de planification et d'évaluation des interventions éducatives.	Élève Intervenant Enseignant	É: 148 I: 136	Trois dimensions: Climat de l'école (9 échelles), Pratiques éducatives de l'école (14 échelles), Pratiques organisationnelles de l'école (5 échelles)	Cohérence interne (alpha de Cronbach) version élève, climat de l'école: variant entre 0,62-0,89; pratiques éducatives de l'école: variant entre 0,61-0,92. Cohérence interne (alpha de Cronbach) version intervenant, climat de l'école: variant entre 0,71-0,90; pratiques éducatives de l'école: variant entre 0,63-0,89. Cohérence interne (alpha de Cronbach) version intervenant, pratiques organisationnelles: variant entre 0,95-0,99.
21	Profil familial (Traduction par Beaudoin, 1994 de l'original, Lee & Goddard, 1989) Disponible dans l'annexe I		Évalue le fonctionnement familial	Parent	35	Sept échelles: plaisir en famille, décision en famille, fierté familiale, valeurs familiales, attention familiale, communication familiale, confiance familiale.	Cohérence interne (alpha de Cronbach): variant entre 0,77 et 0,96. (Randall, 1995)
22	Niveaux de développement des habiletés sociales (Bowen, Desbiens, Gendron, Bélanger, 2014)	6 à 12 ans	Évalue le développement des habiletés sociales en contexte d'observation.	Intervenant Enseignant	18	Cinq niveaux hiérarchisés de cotation d'observation: habiletés liées à la communication, habiletés liées à la gestion des émotions, engagement dans les tâches de collaboration et de coopération, solutions de renché à la violence dans les situations conflictuelles, affirmation de soi et gestion de la pression de la part des pairs.	

23	BAS-2CDN-F Système d'évaluation du comportement de l'enfant. (Reynolds & Kamphaus, 2004)	6-12 ans	Cet instrument permet une évaluation standardisée de différents aspects du fonctionnement émotionnel, comportemental, scolaire. Dépister les problèmes de comportement ou d'adaptation qui peuvent entraver la capacité de l'individu à réussir à l'école ou à la maison, guider l'évaluation subséquente du jeune ou le diagnostic des problèmes de santé mentale, guider l'élaboration du plan d'intervention, évaluer les services offerts ou les effets de ces derniers ou évaluer l'évolution d'un jeune.	139	Concepts mesurés : anxiété, auto-critique, délinquance ou trouble des conduites, estime et concept de soi, identité et construction de soi, habiletés sociales, relations interpersonnelles, habiletés prosociales, motivation scolaire, relations avec les pairs, relations familiales ou familiales, relations avec le personnel, habiletés parentales, habiletés sociales, habiletés scolaires, stress, TDAH, trouble du comportement, trouble oppositionnel avec provocation, troubles d'ajustement ou retardés scolaires, troubles de l'humeur.	Version auto-évaluation Échelle générale de 6-11 ans. Pour les échelles composites : Alpha de Cronbach varie de 0,80 à 0,97; pour les échelles primaires ciniques : Alpha de Cronbach varie de 0,81 à 0,95; pour les échelles primaires adaptées : Alpha de Cronbach varie de 0,87 à 0,92. Version enseignant Échelle générale de 6-7 ans. Pour les échelles composites : Alpha de Cronbach varie de 0,89 à 0,97; pour les échelles primaires ciniques : Alpha de Cronbach varie de 0,78 à 0,95; pour les échelles primaires adaptées : Alpha de Cronbach varie de 0,86 à 0,93. Échelle générale de 8-11 ans. Pour les échelles composites : Alpha de Cronbach varie de 0,80 à 0,97; pour les échelles primaires ciniques : Alpha de Cronbach varie de 0,81 à 0,95; pour les échelles primaires adaptées : Alpha de Cronbach varie de 0,87 à 0,92. Source : Massé, 2014; DPPQ
24	Répertoire d'interventions relatives à la gestion de la classe <i>Disponible dans l'annexe</i>		Grille d'analyse ou d'observation conçue afin de soutenir les professionnels et les cadres scolaires qui accompagnent le personnel enseignant. Il présente chacune des composantes essentielles à une gestion de la classe efficace en proposant une liste d'actions et de caractéristiques de la classe. L'instrument constitue ainsi une banque de mesure à mettre en place afin de favoriser l'établissement d'un climat propice à l'apprentissage.			
25	Sociogramme		La sociométrie est une méthode qui permet de mieux comprendre le réseau des relations interpersonnelles (préférences, rejets, mutualité des relations). Chaque élève remplit un questionnaire ou il indique les élèves avec qui il aime réaliser certaines activités (travail, jeu, etc.) et ceux avec qui il n'aime pas les réaliser. Les réponses sont introduites dans une matrice sociométrique (tableau à double entrée qui comprend, horizontalement et verticalement, les prénoms de chaque élève) qui résume les choix des élèves. La lecture du tableau permet de déterminer les élèves les plus choisis, les plus rejetés et ceux qui ne sont ni choisis ni rejetés (les élèves isolés). Chaque sociogramme peut ensuite être traduit en un sociogramme qui devient la représentation imagée des choix et des rejets effectués par les élèves. Chaque élève est représenté par une figure (numérotée selon la liste des élèves) et partent des flèches en direction des élèves choisis ou rejetés (les flèches sont de couleur différente selon que l'élève est choisi ou rejeté).			

Références bibliographiques

Abidin, R. R. (1996). *Indice de Stress Parental. Version paternelle*. Odessa, Floride: Psychological Assessment Resources, Inc.

Abidin, R. R. (1996). *Indice de Stress Parental. Version maternelle*. Odessa, Floride: Psychological Assessment Resources, Inc.

Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index, 3^e édition*. Odessa, Floride: Psychological Assessment Resources, Inc.

Achenbach, T. M. (2002a). *ASEBA Système d'évaluation empirique Achenbach, Formulaire d'autoévaluation*. Montréal, Qc: Institut de recherches psychologiques.

Achenbach, T. M. (2002b). *ASEBA Système d'évaluation empirique Achenbach, Formulaire de l'enseignant*. Montréal, Qc: Institut de recherches psychologiques.

Achenbach, T. M. (2002c). *ASEBA – Système d'évaluation empirique Achenbach, Inventaire des comportements de l'enfant (CBCL)*. Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.

Achenbach, T. M. et Rescorla, L. (2000a). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles : An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M. et Rescorla, L. (2000b). *ASEBA – Système d'évaluation empirique Achenbach, Inventaire des comportements de l'enfant (CBCL) (Module préscolaire)*. Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.

Achenbach, T. M. et Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles : An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Ang, R.P. (2005). Development and validation of the teacher-student relationship inventory using exploratory and confirmatory factor analysis. *The journal of experimental education*, 74 (1), 55-73.

Battle, J. (2002). *Culture-Free Self-Esteem Inventories Examiner's Manual*. Austin, TX: Pro Ed.

Beaudoin, J. (1994). Traduction de l'instrument Family Profile de Lee, T. R. & Goddard, W. (1989). Developing family relationship skills to prevent substance abuse among high-risk youth. *Family relations*, 38, 301-305.

Brunsmann, B.A. (2003). Review of the Culture-Free Self-Esteem Inventories, third edition. *Mental Measurements Yearbook*, 15, 274-276.

Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B. et Steer, R.A. (2005). *Beck Youth Inventories Second Edition for children and adolescents manual*. San Antonio, TX: PsychCorp

Beck, J. S., Beck, A. T. et Jolly, J. B. (2008). *Beck Youth Inventories*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J. P., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (soumis). *Reliability and criterion-related validity of the Dominic Interactive in 6 to 11 year-old children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J. P., St-Georges, M., Berthiaume, C., Piché, G. et Barba, C. (2010). Psychometric properties of a pictorial instrument for assessing psychopathology in youths aged 12 to 15 years: The Dominic Interactive for Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (4), 211-221.

Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental. Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. North Towandawa, USA: Multi-Health Systems inc.

Bowen, F., Desbiens, N., Gendron, M. & Bélanger, J. (2014). L'entraînement aux habiletés sociales. Dans L. Massé, N. Desbiens & C. Lanaris (dir.). *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention*, 12^e éd., p.247-262. Montréal, Qc. : Gaetan Morin Éditeur.

Comité sur la motivation scolaire. (2001). *La motivation scolaire : Outils d'analyse et de diagnostic*. Saint-Georges : Commission scolaire de la Beauce-Etchemin. Comité sur la motivation scolaire, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin 1925, 118^e Rue, Saint-Georges, Québec G5Y 7R7 Téléphone : 418-228-5541, poste : 2512 Télécopieur : 418-226-2509 Courriel : rechdev@csbe.qc.ca Site Internet : www.csbe.qc.ca

Capron, C., Thérond, C. et Duyme, M. (2007). Psychometric properties of the french version of the self-report and teacher strengths and difficulties questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 79-88.

- Dadds, M. R., Maujean, A. et Fraser, J. A. (2003). Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 35(3), 238-241.
- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition, Manual*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011a). *Conners 3TM - AI - Autoévaluation*. Toronto, Ontario : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011b). *Conners 3TM - Autoévaluation*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011c). *Conners 3TM - Autoévaluation - Formulaire abrégé*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011d). *Conners 3TM - AI Enseignant*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011e). *Conners 3TM - Enseignant*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011f). *Conners 3TM - Enseignant - Formulaire abrégé*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011g). *Conners 3TM - GI Enseignant*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011h). *Conners 3TM - AI - Parent*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011i). *Conners 3TM - Parent*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011j). *Conners 3TM - Parent - Formulaire abrégé*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2011k). *Conners 3TM - GI Parent*. Toronto, On. : Multi-Health Systems Inc.
- Geaudre, N. (2014). *Répertoire d'interventions relatives à la gestion de la classe permettant de prévenir l'indiscipline et de soutenir l'engagement des élèves*. Québec, Qc : Faculté d'éducation, Université Laval.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2011). *BRIEF - Inventaire de comportements liés aux fonctions exécutives - Questionnaire enseignant*. (Adaptation et traduction française par l'Institut de recherches psychologiques). Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2000). *BRIEF: Behavior rating inventory of executive function. Teacher Form*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, inc.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2000). *BRIEF, Behavior rating inventory of executive function : Professional manual*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2011). *BRIEF - Enseignant, Sommaire de notation/Enseignant*. (Adaptation et traduction française par l'Institut de recherches psychologiques). Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2011). *BRIEF - Inventaire de comportements liés aux fonctions exécutives - Questionnaire parent*. (Adaptation et traduction française par l'Institut de recherches psychologiques). Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2000). *BRIEF: Behavior rating inventory of executive function. Parent Form*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, inc.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2000). *BRIEF, Behavior rating inventory of executive function : Professional manual*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L. (2011). *BRIEF - Parent, Sommaire de notation/Parent*. (Adaptation et traduction française par l'Institut de recherches psychologiques). Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1337- 1345.
- Goodman, R. (2005). *Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra) - Version autorapportée* (Traduction du Strengths and Difficulties Questionnaire - One-sided self-rated version for 11-17 year olds). Récupéré de : <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=French>
- Goodman, R. (2005). *Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra) - Version parents et enseignants*. (Traduction du Strengths and Difficulties Questionnaire - One-sided informant-rated version for parents or teachers of 4-16 olds). Récupéré de : <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=French>
- Goodman, R., Meltzer, H. et Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Janosz, M., Bouthillier, C., Bowen, F., Chouinard, R. & Desbiens, N. (2007). *Rapport de validation du Questionnaire sur l'Environnement Socioéducatif des écoles primaires (QES-primaire)*. Montréal, Qc: Groupe de recherche sur les environnements scolaires, Université de Montréal.
- Kovacs, M. (2003). *CDI Children's Depression Inventory - Version Française*. Montréal, Qc: Institut de recherches psychologiques.
- Lacharité, C., Éthier, L.S., & Couture, G. (1999) Sensibilité et spécificité de l'Indice de Stress Parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 31(4), 217-220.
- Lacharité, C., Éthier, L. et Piché, C. (1992) Le stress parentale chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: validation et normes québécoises pour l'inventaire de Stress Parental. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 183-204
- Potvin, P., Leclerc, D., Pinard, R., Papillon, S., & Marzouk, A. (2002). *Grille pour l'identification d'élèves à risque d'échec au primaire*. Site Internet : <http://www.pierrepotvin.com/>
- Parent, N., Tremblay, R. Valois, P., Bullock, L. M. et Wilson, M. J. (2006a). EDC : *Échelle d'évaluation des dimensions du comportement destinée aux enseignants et aux parents du primaire: manuel de l'examinateur. Fiche d'évaluation*. Québec, Qc: Commission scolaire de la Capitale.
- Parent, N., Tremblay, R. Valois, P., Bullock, L. M. et Wilson, M. J. (2006b). EDC : *Échelle d'évaluation des dimensions du comportement destinée aux enseignants et aux parents du primaire: manuel de l'examinateur. Manuel de l'examinateur*. Québec, Qc: Commission scolaire de la Capitale.
- Shelton, K.K., Frick, P.J., Wootton, J., (1996), Assessment of Parenting Practices in Family of Elementary School-age children, *Journal of clinical child psychology*, 25 (3), 317-329.
- Shojaei, T., Wazana, A., Filtrou, I. et Kovess, V. (2009). The Strengths and Difficulties Questionnaire: Validation study in french school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (9), 740-747.
- Randall, T.D. (1995). *Assessing family strengths using the Family Profile: a stud to validate and evaluate constructs across four models of family functioning*. Utah State University, Logan.
- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2009). *BASC-2TM - 1 Système d'évaluation du comportement de l'enfant - Deuxième édition - version pour francophones du Canada, Auto-évaluation de l'enfant (SRP-1 6-7 ans), Feuille de saisie des données*. Toronto, On : NSC Pearson, Inc.
- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2009). *BASC-2TM - 1 Système d'évaluation du comportement de l'enfant - Deuxième édition - version pour francophones du Canada, Auto-évaluation de l'enfant (SRP-A 8-11 ans), Feuille de saisie des données*. Toronto, On : NSC Pearson, Inc.
- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2009). *BASC-2TM - 1 Système d'évaluation du comportement de l'enfant - Deuxième édition - version pour francophones du Canada, Questionnaire de l'enseignant(e), Enfant (TRS-C 6-11 ans), Feuille de saisie des données*. Toronto, On : NSC Pearson, Inc.
- Saint-Laurent, L. (1990). Études psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Revue canadienne des Sciences du comportement*, 22(4), 377-384.
- Valla, J. P. (1999). *Dominique Interactif 6-11 ans*. Montréal, Qc: Digital Interactive Multimedia Assessment Tools.
- Wyss, C. A., Voelker, S. L., Cornock, B. L. et Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a french-canadian translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(1), 67-71.

Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra)

Pa 4-17

Cochez pour chaque énoncé la case "Pas vrai", "Un peu vrai" ou "Très vrai". Cela nous aiderait si vous répondiez, pour chaque énoncé, du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûr ou si l'énoncé vous paraît inadéquat! Répondez, s'il vous plaît, en vous basant sur le comportement de l'enfant au cours des six derniers mois.

Nom de votre enfant	Garçon/Fille		
	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
Date de naissance.....			
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcelé(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchit avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres préoccupations ou remarques à faire?

Cochez pour chaque énoncé la case "Pas vrai", "Un peu vrai" ou "Très vrai". Cela nous aiderait si vous répondiez, pour chaque énoncé, du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûr ou si l'énoncé vous paraît inadéquat! Répondez, s'il vous plaît, en vous basant sur le comportement de l'enfant au cours des six derniers mois.

Nom de votre enfant	Garçon/Fille		
	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
Date de naissance.....			
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcelé(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchit avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres préoccupations ou remarques à faire?

Cotation 3 (SDQ-Fra rempli par les parents ou les professeurs)

ECHELLE D'HYPERACTIVITÉ

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>

Cotation 4 (SDQ-Fra rempli par les parents ou les professeurs)

ECHELLE DE TROUBLES RELATIONNEL AVEC LES PAIRES

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Annexe I

Interprétation du score des symptômes et définition du cas des scores de symptômes

Les limites provisoires figurant ci-dessous ont été choisies de façon à ce que 80% des enfants dans la population en général soient normaux, 10% soient limites et 10% soient anormaux. Dans une étude d'échantillon à haut-risque et où les faux positifs ne représentent pas un problème sérieuse, on peut identifier des cas conformes par un score limite ou par un score élevé à une des échelles de difficultés globale. Dans une étude sur un échantillon à risque peu élevé où il était plus important de réduire les faux positifs, on peut identifier les cas conformes par un score élevé sur l'une des échelles de difficultés globales.

Questionnaire complété par les parents

	Normal	État limite	Anormal
Score total de difficultés	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Score troubles émotionnels	0 - 3	4	5 - 10
Score troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Score d'hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Score troubles relationnels	0 - 2	3	4 - 10
Score prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Questionnaire complété par le professeur

Score total de difficultés	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Score troubles émotionnels	0 - 4	5	6 - 10
Score troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Score d'hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Score troubles relationnels	0 - 3	4	5 - 10
Score prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Elaboration et interprétation des scores d'impact

Quand on utilise une version du SDQ-Fra qui comporte un "supplément d'impact", les items concernant les perturbations générales et sociales peuvent être additionnés pour élaborer un score d'impact, qui peut varier de 0 à 10 pour les versions cotées par les parents, et de 0 à 6 pour les versions cotées par les professeurs.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Les difficultés dérangent ou gênent l'enfant	0	0	1	2
Troubles dans la vie à la maison	0	0	1	2
Troubles dans les amitiés	0	0	1	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	1	2
Troubles dans les loisirs	0	0	1	2

Questionnaire complété par le professeur

Les difficultés dérangent ou gênent l'enfant	0	0	1	2
Troubles dans les amitiés	0	0	1	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	1	2

Les réponses aux questions sur la chronicité et le fardeau ne sont pas incluses dans le score d'impact. Lorsque les sujets ont répondu non à la première question au supplément d'impact (c'est à dire lorsqu'ils ne perçoivent aucun trouble émotionnel ou du comportement chez l'enfant), alors on ne leur demande pas de répondre aux questions suivantes et le score d'impact est automatiquement coté 0 dans cette situation.

5 Selon que la cotation est faite par les parents ou par les professeurs, un score d'impact total de 2 ou plus est anormal, tandis qu'un score de 1 est limite et un score de 0 est normal.

Annexe I

INSTRUMENTS DE MESURE - SDQ VERSION ENSEIGNANT

Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra)

En 4-17

Cochez pour chaque énoncé la case "Pas vrai", "Un peu vrai" ou "Très vrai". Cela nous aiderait si vous répondiez, pour chaque énoncé, du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûr ou si l'énoncé vous paraît inadéquat! Répondez, s'il vous plaît, en vous basant sur le comportement de l'enfant au cours des six derniers mois ou de l'année scolaire actuelle.

Nom de l'enfant

Garçon/Fille

Date de naissance.....

	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcélé(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchit avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres préoccupations ou remarques à faire?

© Robert Goodman, 2005

Annexe I

Dans l'ensemble, estimez-vous que cet enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines: émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres?

Non	Oui- mineures	Oui- importantes	Oui- sérieuses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une réponse affirmative, veuillez continuer avec les questions suivantes:

• Ces difficultés ont été présentes depuis?

Moins d'un mois	1-5 mois	6-12 mois	Plus d'un an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce qu'elles dérangent ou gênent l'enfant?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de l'enfant dans les domaines suivants?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Les amitiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les apprentissages à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la classe en général?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre signature Date

Annexe I

Cotation 1 (SDQ-Fra rempli par les parents ou les professeurs)

ECHELLE DE TROUBLES ÉMOTIONNELS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation 2 (SDQ-Fra rempli par les parents ou les professeurs)

ECHELLES DE TROUBLES COMPORTEMENTAUX

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation 3 (SDQ-Fra rempli par les parents ou les professeurs)

ECHELLE D'HYPERACTIVITÉ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Annexe I

Annexe I

Cotation du Questionnaire Points fort - Points faible (SDQ-Fra) rempli par les parents ou les professeurs

Les 25 items du SDQ-Fra comprennent 5 échelles de 5 items chacune. Il est en général plus facile de coter d'abord les 5 échelles avant de calculer la note totale obtenue au questionnaire. Les items "parfois ou un peu vrai" sont toujours cotés 1 tandis que la cotation aux réponses "pas vrai" et "très vrai" peut varier selon l'item. Pour ces notes, veuillez vous référer aux 5 échelles ci-dessous. Pour chacune des 5 échelles, le score peut varier de 0 à 10 à condition que tous les 5 items soient complétés. Les scores des échelles peuvent être inférrés à condition qu'au moins 3 items soient complétés.

Echelle de troubles émotionnels	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Se plaint souvent de maux de tête ou d'estomac ...	0	1	2
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	0	1	2
Souvent malheureux(se), abattu(e) ...	0	1	2
Mal à l'aise ou se cramponne aux adultes ...	0	1	2
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	0	1	2
Echelles de troubles comportementaux	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Fait souvent des colères, s'énerve facilement	0	1	2
En général obéissant(e) envers les adultes	2	1	0
Se bagarre souvent avec les autres enfants ...	0	1	2
Ment ou triche souvent	0	1	2
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	0	1	2
Echelle d'hyperactivité	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Agité(e), turbulent(e), hyperactif(ve) ...	0	1	2
A la boueotte, se tortille constamment	0	1	2
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	0	1	2
Réfléchit avant d'agir	2	1	0
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs ...	2	1	0
Echelle de troubles relationnel avec les pairs	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul	0	1	2
A au moins un(e) ami(e)	2	1	0
Généralement aimé(e) des autres enfants	2	1	0
Se fait souvent embêter par les autres enfants	0	1	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec ...	0	1	2
Echelle prosocial	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Est sensible aux autres ...	0	1	2
Partage facilement avec les autres enfants	0	1	2
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ...	0	1	2
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	0	1	2
Toujours prêt(e) à aider les autres	0	1	2

60 **Score total de difficultés:** Celui-ci est obtenu en sommant les notes aux autres échelles excepté celle de l'échelle prosocial.

Interprétation du score des symptômes et définition du cas des scores de symptômes

Les limites provisoires figurant ci-dessous ont été choisies de façon à ce que 80% des enfants dans la population en général soient normaux, 10% soient limites et 10% soient anormaux. Dans une étude d'échantillon à haut-risque et où les faux positifs ne représentent pas un problème sérieux, on peut identifier des cas conformes par un score limite ou par un score élevé à une des échelles de difficultés globale. Dans une étude sur un échantillon à risque peu élevé où il était plus important de réduire les faux positifs, on peut identifier les cas conformes par un score élevé sur l'une des échelles de difficultés globales.

Questionnaire complété par les parents	Normal	Etat limite	Anormal
Score total de difficultés	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Score troubles émotionnels	0 - 3	4	5 - 10
Score troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Score d'hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Score troubles relationnels	0 - 2	3	4 - 10
Score prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Questionnaire complété par le professeur

Score total de difficultés	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Score troubles émotionnels	0 - 4	5	6 - 10
Score troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Score d'hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Score troubles relationnels	0 - 3	4	5 - 10
Score prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Elaboration et interprétation des scores d'impact

Quand on utilise une version du SDQ-Fra qui comporte un "supplément d'impact", les items concernant les perturbations générales et sociales peuvent être additionnés pour élaborer un score d'impact, qui peut varier de 0 à 10 pour les versions cotées par les parents, et de 0 à 6 pour les versions cotées par les professeurs.

Questionnaire complété par les parents	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Les difficultés dérangent ou gênent l'enfant	0	0	1	2
Troubles dans la vie à la maison	0	0	1	2
Troubles dans les amitiés	0	0	1	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	1	2
Troubles dans les loisirs	0	0	1	2

Questionnaire complété par le professeur

Les difficultés dérangent ou gênent l'enfant	0	0	1	2
Troubles dans les amitiés	0	0	1	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	1	2

Les réponses aux questions sur la chronicité et le fardeau ne sont pas incluses dans le score d'impact. Lorsque les sujets ont répondu non à la première question au supplément d'impact (c'est à dire lorsqu'ils ne perçoivent aucun trouble émotionnel ou du comportement chez l'enfant), alors on ne leur demande pas de répondre aux questions suivantes et le score d'impact est automatiquement coté 0 dans cette situation.

Selon que la cotation est faite par les parents ou par les professeurs, un score d'impact total de 2 ou plus est anormal, tandis qu'un score de 1 est limite et un score de 0 est normal.

INSTRUMENTS DE MESURE - SDQ VERSION ENFANT

Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra)

A 11-17

Cochez pour chaque énoncé la case "Pas vrai", "Un peu vrai" ou "Très vrai". Cela nous aiderait si vous répondez, pour chaque énoncé, du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûr ou si l'énoncé vous paraît bizarre! Répondez, s'il vous plaît, en vous basant sur votre expérience des six derniers mois.

Votre nom

Garçon/Fille

Date de naissance

	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
Faisais d'être gentil(le) envers les autres. Je tiens compte de leurs sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis agité(e), j'ai du mal à me tenir en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souffre souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je partage d'habitude avec les autres (nourriture, jeux, stylos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'énerve facilement et me mets souvent en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis habituellement solitaire. J'ai tendance à jouer seule(e) ou à me tenir à l'écart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général, je fais ce qu'on me dit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me fais beaucoup de soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me tiens pas en place ou me tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me bagarre beaucoup. Je peux faire faire aux autres ce que je veux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis souvent malheureux(se), abattu(e) ou je pleure facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général, les gens de mon âge m'aiment bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis facilement distrait(e), j'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les situations nouvelles me rendent anxieux(se). Je perds facilement confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On m'accuse souvent de mentir ou de tricher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des jeunes de mon âge s'en prennent à moi ou me tyrannisent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, jeunes de mon âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je réfléchis avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends des choses qui ne m'appartiennent pas, à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'entends mieux avec les adultes qu'avec les jeunes de mon âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai beaucoup de peurs, je suis facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je finis ce que j'ai commencé. Je me concentre bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres préoccupations ou remarques à faire?

© Robert Goodman, 2005

Dans l'ensemble, estimez-vous que vous éprouvez des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines: émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres?

Non	Oui- mineures	Oui- importantes	Oui- sérieuses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une réponse affirmative, veuillez continuer avec les questions suivantes:

• Ces difficultés ont été présentes depuis?

Moins d'un mois	1-5 mois	6-12 mois	Plus d'un an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce qu'elles vous dérangent ou vous gênent?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce que ces difficultés interfèrent avec votre vie quotidienne dans les domaines suivants?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
La vie à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les amitiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les apprentissages à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce que ces difficultés pèsent sur votre famille, professeurs ou amis?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre signature

Date

© Robert Goodman, 2005

Cotation 1 (SDQ-Fra rempli par les jeunes)

Cotation 2 (SDQ-Fra rempli par les jeunes)

ECHELLE DE TROUBLES ÉMOTIONNELS

ECHELLES DE TROUBLES COMPORTEMENTAUX

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation 3 (SDQ-Fra rempli par les jeunes)

Cotation 4 (SDQ-Fra rempli par les jeunes)

ECHELLE D'HYPERACTIVITÉ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ECHELLE DE TROUBLES RELATIONNEL AVEC LES PAIRES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation 5 (SDQ-Fra rempli par les jeunes)

ECHELLE PROSOCIAL

	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Robert Goodman, 2001

Cotation du Questionnaire Points fort - Points faible (SDQ-Fra) rempli par les jeunes

Les 25 items au SDQ-Fra comprennent 5 échelles de 5 items chacune. Il est en général plus facile de coter d'abord les 5 échelles avant de calculer la note totale obtenue au questionnaire. Les items "parfois ou un peu vrai" sont toujours cotés 1 tandis que la cotation aux réponses "pas vrai" et "très vrai" peut varier selon l'item. Pour ces notes, veuillez vous référer aux 5 échelles ci-dessous. Pour chacune des 5 échelles, le score peut varier de 0 à 10 à condition que tous les 5 items soient complétés. Les scores des échelles peuvent être inférrés à condition qu'au moins 3 items soient complétés.

Echelle de troubles émotionnels	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Je souffre souvent de maux de tête ...	0	1	2
Je me fais beaucoup de soucis	0	1	2
Je suis souvent malheureux(se) ...	0	1	2
Les situations nouvelles me rendent nerveux(se) ...	0	1	2
J'ai beaucoup de peurs ...	0	1	2
Echelles de troubles comportementaux	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Je m'énerve facilement ...	0	1	2
En général je suis obéissant(e)	2	1	0
Je me bagarre beaucoup ...	0	1	2
On m'accuse souvent de mentir ou de tricher	0	1	2
Je prends des chose que ne m'appartiennent pas ...	0	1	2
Echelle d'hyperactivité	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Je suis agité(e), j'ai du mal à me tenir en place	0	1	2
J'ai la bougeotte et me tortille constamment	0	1	2
Je suis facilement distrait(e)	0	1	2
Je pense avant d'agir	2	1	0
Je finis ce que j'ai commencé	2	1	0
Echelle de troubles relationnel avec les pairs	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Je suis plutôt solitaire et me tiens à moi ...	0	1	2
J'ai au moins un(e) ami(e)	2	1	0
Les gens de mon âge m'aiment bien	2	1	0
Des jeunes de mon âge s'en prennent à moi ...	0	1	2
Je m'entends mieux avec les adultes qu'avec ...	0	1	2
Echelle prosocial	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
J'essaie d'être gentil(le) envers les autres	0	1	2
Je partage d'habitude avec les autres	0	1	2
J'aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ...	0	1	2
Je suis gentil(le) avec les enfants plus jeunes ...	0	1	2
Toujours prêt(e) à aider les autres	0	1	2

Score total de difficultés:

Cetui-ci est obtenu en sommant les notes aux autres échelles excepté celle de l'échelle prosocial.

INSTRUMENTS DE MESURE - RÉPERTOIRE D'INTERVENTION RELATIVES À LA GESTION DE CLASSE

Inventaire des pratiques de gestion de comportements

Avec les élèves présentant des comportements difficiles dans votre classe, veuillez indiquer :

- à quel point vous utilisez les stratégies suivantes (fréquence : 1= jamais, 5 = très souvent) ;
- à quel degré vous trouvez efficace chacune des stratégies (efficacité : 1= pas efficace, 5 = très efficace) ;
- avec quelle facilité vous pouvez implanter chacune des stratégies dans votre situation de classe actuelle (faisabilité : 1= pas faisable, 5 = facile à implanter).

Les valeurs intermédiaires servent à nuancer votre jugement.

1. Interventions pour favoriser l'autocontrôle	FRÉQUENCE	EFFICACITÉ	FAISABILITÉ
1.1. Intervenir par un signe quelconque pour rappeler aux élèves les consignes ou les règles à respecter.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.2. Atténuer les tensions par l'humour (sans sarcasme).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.3. Rappeler aux élèves les comportements attendus.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.4. Enseigner aux élèves la façon de se comporter correctement lors de situations problématiques, par exemple lors de déplacements.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.5. Circuler en classe pendant l'enseignement et les séances de travail afin de maintenir l'attention des élèves et leur engagement à la tâche.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.6. Se rapprocher physiquement des élèves pour favoriser l'adoption de comportements appropriés.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.7. Aider un élève à réaliser sa tâche avant que ce dernier ne rencontre une difficulté susceptible de provoquer son retrait de l'activité en cours.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.8. Interrompre une activité ou la restructurer afin de l'adapter aux besoins particuliers des élèves.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.9. Se positionner dans la salle afin de voir l'ensemble des élèves.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.10. Balayer du regard de façon régulière l'ensemble de la classe.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.11. Préparer les élèves aux changements, par exemple, en leur annonçant à l'avance un changement d'horaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.12. Demander aux élèves d'observer leurs comportements.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.13. Encourager les élèves lorsqu'ils rencontrent des difficultés.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.14. Demander aux élèves d'autoévaluer leurs comportements.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.15. Enseigner aux élèves des techniques de gestion de la colère ou de gestion du stress (respiration, relaxation, retrait, etc.) et inciter les élèves à utiliser ces techniques.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1.16. Donner à l'élève une période de temps pour se calmer suite à une intervention ou à l'attribution d'une conséquence.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Massé & Couture (2012), UQTR

Fréquence	Efficacité	Faisabilité
1 = jamais 5 = très souvent	1 = pas efficace 5 = très efficace	1 = pas faisable 5 = facile à implanter

2. Soutien affectif	FRÉQUENCE	EFFICACITÉ	FAISABILITÉ
2.1. Prévoir des rituels d'accueil et de départ (dire bonjour, m'informer des élèves, leur dire au revoir).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.2. Accorder une attention particulière à chacun des élèves de la classe, par exemple, en utilisant leur prénom en s'adressant à eux et en s'intéressant à leurs intérêts, leurs attentes et leurs préoccupations.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.3. Montrer son plaisir d'être en présence des élèves.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.4. Prévoir des temps de rencontres individuelles.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.5. Revenir sur les situations fâcheuses et reconnaître ses torts aux élèves.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.6. Discuter parfois de son vécu personnel avec les élèves.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.7. Faire preuve d'écoute active envers les élèves (difficultés, besoins, etc.).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.8. Démontrer aux élèves sa confiance en leur capacité de s'améliorer et de vaincre leurs difficultés.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.9. Démontrer aux élèves son empathie et sa disponibilité à leur fournir du soutien.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.10. Animer des séances de résolution de problème en groupe pour discuter des problèmes de la classe ou d'un élève et y trouver des solutions.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

3. Techniques d'enseignement	FRÉQUENCE	EFFICACITÉ	FAISABILITÉ
3.1. Jumeler l'élève avec un autre élève de la classe pour lui fournir du soutien dans la réalisation de ses travaux.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.2. Utiliser des méthodes d'enseignement participatif ou coopératif favorisant les interactions entre les élèves.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.3. Fournir des choix aux élèves ou un menu de tâches à accomplir.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.4. Clarifier le but de la leçon dès le commencement du cours.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.5. Obtenir l'attention des élèves avant de commencer une leçon; ne jamais parler dans le bruit.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.6. Arrêter fréquemment pour vérifier si les élèves ont compris ou pour poser des questions.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.7. Écrire les points essentiels au tableau.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Massé & Couture (2012), UQTR

Annexe I

Fréquence					Efficacité					Faisabilité				
1 = jamais 5 = très souvent					1 = pas efficace 5 = très efficace					1 = pas faisable 5 = facile à implanter				

3. Techniques d'enseignement															
	FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
3.8.	Diviser les longs projets en petites parties et les structurer dans le temps, c'est-à-dire annoncer le temps qui sera accordé pour chaque partie.														
3.9.	Utiliser un support visuel (acétates, acétates électroniques, DVD, diaporama, etc.).														
3.10.	Différencier l'enseignement en fonction des capacités des élèves.														

4. Planification et gestion du temps															
	FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
4.1.	Alterner entre des activités calmes et des activités plus actives, entre le travail individuel et de groupe, entre des activités d'écoute et des activités participatives, etc.														
4.2.	Éviter les temps d'attente, les délais entre deux tâches.														
4.3.	Annoncer l'horaire de la période et l'afficher.														
4.4.	Solliciter l'utilisation de l'agenda ou d'un plan de travail par les élèves.														
4.5.	Dire aux élèves ce qu'ils doivent faire quand l'activité ou le travail est terminé.														
4.6.	Contrôler régulièrement les travaux des élèves pour éviter qu'ils ne prennent un trop grand retard et qu'ils ne se découragent ou pour les recentrer sur la tâche.														

5. Règles, consignes, attentes, routines															
	FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
5.1.	Préciser des routines ou des procédures pour le déroulement des activités (remise des travaux, travail d'équipe, déplacement, transition, etc.).														
5.2.	Donner des consignes en établissant un contact visuel et en précisant ce que les élèves doivent faire.														
5.3.	Donner une seule consigne à la fois.														
5.4.	Établir des règles de classe précises et concrètes concernant ce que les élèves doivent faire ou dire en les formulant de façon positive.														
5.5.	Afficher les règles de classe et les principales procédures.														
5.6.	Limiter le nombre de règles à suivre (maximum 5).														

Massé & Couture (2012), UQTR

3

Annexe I

Fréquence					Efficacité					Faisabilité				
1 = jamais 5 = très souvent					1 = pas efficace 5 = très efficace					1 = pas faisable 5 = facile à implanter				

5. Règles, consignes, attentes, routines															
	FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
5.7.	Planifier des conséquences logiques et cohérentes concernant le manquement aux règles.														
5.8.	Appliquer les conséquences prévues lorsqu'il y a un manquement aux règles de classe.														
5.9.	Faire participer les élèves au choix des conséquences pour le manquement aux règles.														
5.10.	Discuter avec les élèves des attentes par rapport aux comportements appropriés dans divers contextes ou activités et en donner les raisons.														
5.11.	Entraîner les élèves à respecter les règles et les procédures.														
5.12.	Rappeler aux élèves les règles à suivre.														
5.13.	S'assurer que les consignes sont claires et vérifier leur compréhension auprès des élèves.														
5.14.	Vérifier que l'élève a bien compris la consigne en lui demandant par exemple de la répéter.														

6. Aménagement de la classe															
	FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
6.1.	Aménager des aires passantes dégagées; espaces facilement accessibles et éloignés les uns des autres; circulation facile.														
6.2.	Faire un plan de classe de façon à voir tous les élèves.														
6.3.	Rendre facilement accessible le matériel d'usage courant (placé à proximité du lieu d'utilisation).														
6.4.	Placer les élèves de façon à ce qu'ils puissent voir facilement les présentations de l'enseignant.														
6.5.	Enlever les objets qui peuvent distraire ou déranger les élèves; les élèves ne conservent à leur place que le matériel nécessaire à la réalisation de l'activité.														
6.6.	Aménager un isolement ou un coin de travail tranquille où l'élève peut s'isoler pour favoriser sa concentration lors d'un travail ou se retirer pour l'aider à reprendre le contrôle sur son comportement.														
6.7.	Utiliser des moyens pour réduire le bruit dans la classe.														
6.8.	Répartir les élèves dans la classe en tenant compte de l'influence que certains élèves exercent sur les autres.														
6.9.	Changer la disposition du local ou la place des élèves afin d'éviter certaines interactions négatives entre les élèves ou les distractions.														
6.10.	Placer à proximité de l'enseignant les élèves en difficulté.														

Massé & Couture (2012), UQTR

4

Annexe I

	Fréquence					Efficacité					Faisabilité				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

6. Aménagement de la classe		FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
6.11.	S'assurer que la luminosité est adéquate.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

7. Renforcement		FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
7.1.	Féliciter l'élève lorsqu'il manifeste un comportement approprié.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.2.	Donner des activités privilégiées (ex.: écouter de la musique, faire une sortie, etc.) à l'élève s'il manifeste les comportements appropriés visés.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.3.	Entlever ou réduire une activité désagréable lorsque l'élève manifeste un comportement approprié (ex.: donner congé de devoir).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.4.	Donner de la rétroaction spécifique à l'élève sur ce qu'il fait de bien.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.5.	Témoigner de l'affection à l'élève.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.6.	Témoigner l'approbation à l'élève de façon non verbale (sourires, regards, tapes amicales, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.7.	Utiliser des renforçateurs matériels (ex.: certificat-cadeau, nourriture, coupons de loterie, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.8.	Utiliser des systèmes d'émulation ou de récompenses.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.9.	Utiliser le renforcement de groupe dans la classe (ex.: compétition d'équipe).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.10.	Faire un contrat de comportement avec l'élève.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

8. Conséquences		FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
8.1.	Dire à l'élève d'arrêter de faire un comportement inapproprié.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.2.	Avertir l'élève qu'il aura une conséquence s'il n'arrête pas un comportement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.3.	Critiquer le comportement d'un élève.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.4.	Ignorer le comportement inapproprié ou provocateur d'un élève.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.5.	Retirer un privilège à l'élève (ex.: participer à une sortie, récréation, etc.) lorsqu'il manifeste un comportement inapproprié.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.6.	Changer l'élève de place à titre de conséquence à un comportement inapproprié.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.7.	Restreindre l'accès à l'espace ou aux objets à titre de conséquence à un comportement inapproprié.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.8.	Demander à l'élève de remplir une fiche de réflexion.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.9.	Donner une retenue.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.10.	Donner à l'élève une copie ou du travail supplémentaire.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Massé & Couture (2012), UQTR

5

Annexe I

	Fréquence					Efficacité					Faisabilité				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

8. Conséquences		FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
8.11.	Imposer un temps d'arrêt à un élève.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.12.	À titre de conséquence à un comportement inapproprié, envoyer l'élève à un local de retrait pour une période de cours ou au bureau du directeur, de l'éducateur spécialisé ou de l'intervenant psychosocial.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.13.	Exclure l'élève d'un cours pour une période déterminée.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.14.	Suspendre l'élève à l'interne pour une période déterminée.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.15.	Suspendre l'élève à l'externe (à la maison ou dans un organisme communautaire) pour une période déterminée.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.16.	Demander à l'élève de réparer son geste.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.17.	Utiliser une feuille de route.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.18.	Faire un maintien physique.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

9. Évaluation fonctionnelle des comportements		FRÉQUENCE					EFFICACITÉ					FAISABILITÉ				
9.1.	Observer l'élève et prendre des notes sur son comportement afin de déterminer ce qui cause un comportement inapproprié.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.2.	Essayer d'identifier les conditions qui déclenchent le comportement inapproprié (antécédents) de sorte qu'elles puissent être évitées.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.3.	Tenter de déterminer la fonction du comportement inapproprié dans un but d'enseigner à l'élève un comportement plus adapté.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.4.	Mesurer fréquemment le comportement de l'élève afin de vérifier si celui-ci apparaît plus ou moins souvent lorsque vous tentez de l'améliorer.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Massé & Couture (2012), UQTR

6

Répertoire d'interventions relatives à la gestion de la classe permettant de prévenir l'indiscipline et de soutenir l'engagement des élèves



Directives

Cet outil a été conçu afin de soutenir les professionnels et les cadres scolaires qui accompagnent le personnel enseignant. Il présente chacune des composantes essentielles à une gestion de classe efficace en proposant une liste d'actions et de caractéristiques de la classe. Ces listes constituent ainsi une banque de mesures à mettre en œuvre afin de favoriser l'établissement d'un climat propice à l'apprentissage. Selon le niveau et la matière enseignée, certaines mesures s'avèrent plus ou moins pertinentes. Par conséquent, il est tout à fait normal qu'un enseignant ne soit pas en mesure de mettre en place l'ensemble des mesures proposées. Cet outil permet principalement de soutenir la réflexion et les échanges entre l'enseignant et la personne qui l'accompagne. Il faut garder en tête que bien souvent, un ou deux ajustements à la gestion de classe permettent d'observer des changements significatifs (exemples : modification dans la formulation des directives : de la directive bêta à la directive alpha; meilleur accueil des élèves : enseignant plus souriant qui se montre intéressé par le vécu des élèves). Il s'avère essentiel que la personne qui supervise ou accompagne l'enseignant possède une très bonne connaissance des différentes mesures proposées avant de faire usage de cet outil.

©Nancy Gaudreau, Ph. D.
<http://comeduc-ng.com/le-programme-gps/>

Gestion des ressources

<input type="checkbox"/> Champ de vision de l'enseignant permettant de voir tous les élèves	<input type="checkbox"/> Plan de classe adéquat pour la situation d'enseignement-apprentissage (disposition des pupitres)	<input type="checkbox"/> Local rangé et propre	<input type="checkbox"/> Environnement chaleureux
<input type="checkbox"/> Affichage modeste et utile	<input type="checkbox"/> Peu de bruits environnants	<input type="checkbox"/> Circulation aisée dans la classe	<input type="checkbox"/> Espace de rangement clairement défini et bien utilisé
<input type="checkbox"/> Température adéquate	<input type="checkbox"/> Travail d'équipe favorisé	<input type="checkbox"/> Rappel visuel des principales règles et procédures de la classe	<input type="checkbox"/> Favorise l'inclusion scolaire des élèves en difficulté
<input type="checkbox"/> Gestion efficace des effets personnels des élèves (matériel scolaire, sacs, crochets, casiers, etc.)	<input type="checkbox"/> Zones adaptées aux besoins (zone de l'enseignant, d'action, d'étude, d'activités)	<input type="checkbox"/> Espace de travail clairement délimité (pour ceux qui en manifestent le besoin)	<input type="checkbox"/> Contrôle des allées et venues
<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique disponible (ressources de la classe)	<input type="checkbox"/> Ameublement approprié aux besoins des élèves	<input type="checkbox"/> Matériel d'apprentissage des élèves disponible (cahiers, crayon, etc.)	<input type="checkbox"/> Ressources multimédia fonctionnelles
<input type="checkbox"/> Recours à des référentiels qui permettent de développer les méthodes de travail	<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique stimulant et adapté aux besoins des élèves	<input type="checkbox"/> Utilisation efficace des tableaux et babillards	<input type="checkbox"/> Système de gestion efficace du matériel (système de couleurs, onglets, paniers, casiers)
<input type="checkbox"/> Pupitre dégagé lors des explications	<input type="checkbox"/> Système de classement par matières	<input type="checkbox"/> Recours aux pictogrammes pour le rangement du matériel et l'illustration des consignes	<input type="checkbox"/> Limitation au matériel nécessaire
<input type="checkbox"/> Rappel des échéanciers pour la réalisation de tâches complexes	<input type="checkbox"/> Rappels verbaux du temps disponible pour effectuer les tâches demandées	<input type="checkbox"/> Rappels visuels du temps disponible (sablier, horloge visuelle, chronomètre, etc.)	<input type="checkbox"/> Pleine gestion de temps alloué pour les cours (début et fin des périodes)
<input type="checkbox"/> Progression temporelle des projets en cours clairement définie	<input type="checkbox"/> Gestion efficace des temps de transition	<input type="checkbox"/> Outils de planification du temps pour la réalisation des travaux (ex: grille de progression)	<input type="checkbox"/>

Notes personnelles et observations

Annexe 1

Capter et maintenir l'attention des élèves sur la tâche

La qualité des activités d'enseignement-apprentissage proposées aux élèves influence de manière significative la réponse des élèves face aux attentes scolaires. Il s'avère essentiel que les élèves perçoivent la tâche comme étant utile, signifiante et intéressante. Une attention toute particulière à la perception qu'a l'élève de la tâche qui lui est proposée doit aussi être accordée. Lorsque l'élève ne se perçoit pas en mesure de répondre aux attentes formulées par l'enseignant, il risque de recourir à différentes stratégies d'évitement.

<input type="checkbox"/> Maîtrise du programme et de son contenu	<input type="checkbox"/> Utilisation efficace des aides technologiques en soutien aux apprentissages (EHDA)	<input type="checkbox"/> Animation intéressante du contenu enseigné	<input type="checkbox"/> Projets novateurs
<input type="checkbox"/> Planification efficace des activités d'enseignement-apprentissage-évaluation	<input type="checkbox"/> Activités d'apprentissage représentant un défi adapté aux capacités des élèves	<input type="checkbox"/> Utilité et pertinence de la tâche clairement démontrées	<input type="checkbox"/> Soutien au développement de méthodes de travail efficaces (utilisation de l'agenda, d'un plan de travail, etc.)
<input type="checkbox"/> Recours à des formules pédagogiques variées	<input type="checkbox"/> Utilisation habile du questionnaire auprès des élèves	<input type="checkbox"/> Activités d'apprentissage stimulantes, intéressantes	<input type="checkbox"/> Recours à des situations d'évaluation variées et non analogues
<input type="checkbox"/> Souplesse dans les activités d'enseignement-apprentissage-évaluation	<input type="checkbox"/> Maintien de l'attention des élèves (garde les élèves captivés par l'objet d'apprentissage)	<input type="checkbox"/> Bon équilibre des actions de l'enseignant vis-à-vis des élèves	<input type="checkbox"/> Proposition d'activités pour les temps libres (tous les élèves ont quelque chose à faire)
<input type="checkbox"/> Recours efficaces aux TIC	<input type="checkbox"/> Présence de dispositifs de différenciation pédagogique	<input type="checkbox"/> Proposition de plusieurs activités complémentaires permettant de soutenir l'intérêt (plutôt qu'une seule et longue activité)	<input type="checkbox"/> Consultation et respect des recommandations professionnelles au dossier de l'élève
<input type="checkbox"/> Activation des connaissances antérieures	<input type="checkbox"/> Restructuration efficace des activités d'enseignement-apprentissage (au besoin)	<input type="checkbox"/> Transitions efficaces (attente, procédure, délai, etc.)	<input type="checkbox"/> Récupération
<input type="checkbox"/> Objectivation des apprentissages	<input type="checkbox"/> Présence d'un soutien visuel (tableau, document, démonstration, etc.)	<input type="checkbox"/> Activités d'enrichissement	<input type="checkbox"/>

Notes personnelles et observations

© Nancy Gaudreau, Ph. D.

Annexe 1

Gestion de l'indiscipline en classe

Les mesures préventives visant à encadrer les comportements des élèves sont nombreuses. Avant d'intervenir, l'enseignant doit d'abord clarifier ses attentes à l'égard du groupe et s'assurer d'agir comme un modèle auprès des élèves. Aussi, il doit prendre soin de distribuer son attention auprès des élèves qui respectent les règles en évitant de mettre toutes ses énergies uniquement auprès des élèves qui présentent des comportements difficiles.

<input type="checkbox"/> Application du code de vie de l'école	<input type="checkbox"/> Limites de l'enseignant bien établies (raisonnables)	<input type="checkbox"/> Intervention cohérente avec les partenaires de l'éducation (enseignants, l.e.s., parents, etc.)	<input type="checkbox"/> Communication claire et efficace avec les parents et les autres partenaires concernant les comportements
<input type="checkbox"/> Consignation assidue des observations relatives aux comportements des élèves (+ et -)	<input type="checkbox"/> Présence d'un maximum de cinq règles claires, courtes, observables et mesurables et bien connues par les élèves	<input type="checkbox"/> Cohérence et constance dans les interventions	<input type="checkbox"/> Présentation de choix à l'élève (alternatives)
<input type="checkbox"/> Recours habile au recadrage pour désamorcer les situations à risque d'escalade verbale	<input type="checkbox"/> Rappel fréquent des attentes, des règles et des procédures	<input type="checkbox"/> Présence d'une procédure claire pour les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de la classe	<input type="checkbox"/> Dépersonnalisation des interventions
<input type="checkbox"/> Recours fréquent aux interventions non verbales (signe, proximité, regard, etc.)	<input type="checkbox"/> Interventions graduées auprès de l'élève au sein de la classe (on ne brûle pas les étapes)	<input type="checkbox"/> Intervention neutre et calme face aux comportements d'opposition et de provocation	<input type="checkbox"/> Retour efficace avec l'élève suite au retrait ou à l'application d'une conséquence
<input type="checkbox"/> Recours à des outils d'observation systématique du comportement	<input type="checkbox"/> Bon modèle de comportements adaptés	<input type="checkbox"/> Enseignement de comportements de remplacement	<input type="checkbox"/> Référence à des outils de consignation concernant la conduite des élèves (grilles, feuille de route, etc.)
<input type="checkbox"/> Sanction de la bonne conduite	<input type="checkbox"/> Utilisation du retrait à des fins préventives	<input type="checkbox"/> Annonce des conséquences de manière neutre	<input type="checkbox"/> Posture affirmative (attitude confiante de l'enseignant)
<input type="checkbox"/> Face aux comportements inappropriés, suggestion de comportements de remplacement	<input type="checkbox"/> Bonne conscience de tout ce qui se passe en classe	<input type="checkbox"/> Questionnement concernant les causes sous-jacentes au comportement	<input type="checkbox"/> Recours à des conséquences logiques et naturelles
<input type="checkbox"/> Recours au personnel de soutien de manière judicieuse (ex : l.e.s.)	<input type="checkbox"/> Distribution efficace et fréquente de l'attention positive pour encourager la bonne conduite	<input type="checkbox"/> Recours à une méthode claire et efficace pour obtenir l'attention des élèves	<input type="checkbox"/> Gestion différenciée des écarts de conduite qui tient compte de la situation de l'élève

Bon éventail de techniques d'intervention présentées ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Proximité, toucher	<input type="checkbox"/> Répétition du rappel verbal	<input type="checkbox"/> Discussion en privé	<input type="checkbox"/> Disque brisé
<input type="checkbox"/> Intervention au moyen d'un signe	<input type="checkbox"/> Ignorance intentionnelle	<input type="checkbox"/> Interprétation, reformulation	<input type="checkbox"/> Aide opportune
<input type="checkbox"/> Intervention à l'aide d'un soutien visuel (affiche, carton sur le pupitre, etc.)	<input type="checkbox"/> Renforcement de comportements incompatibles	<input type="checkbox"/> Restriction de l'espace ou de l'usage du matériel	<input type="checkbox"/> Restructuration
<input type="checkbox"/> Rappel verbal	<input type="checkbox"/> Humour	<input type="checkbox"/> Miroir	<input type="checkbox"/> Permission formelle

© Nancy Gaudreau, Ph. D.

Table des Matières

Alabama Parenting Questionnaire (APQ)

1- Quelques consignes pour la passation du questionnaire.....	1
2- Fiche synthèse.....	2
3- Questionnaire parents d'enfants 6-11 ans.....	3
4- Questionnaire parents d'adolescents 12-17 ans.....	6
5- Questionnaire pour le jeune quant aux pratiques éducatives de son père.....	8
6- Questionnaire pour le jeune quant aux pratiques éducatives de sa mère.....	10
7- Fiche de cotation 1 (6-11 ans).....	12
8- Fiche de cotation 2 (12-17 ans) et du père, de la mère selon le jeune.....	13
9- Seuils cliniques et Interprétations pour APQ version enfant.....	14
10- Seuils cliniques et Interprétations pour APQ version Adolescent, père et mère selon le jeune.....	15
11- Références et Disponibilités.....	16
12- Repère visuel : Choix de réponses.....	17

1- Quelques consignes pour la passation du questionnaire

Alabama Parenting Questionnaire (APQ)

- Présenter le contexte de l'évaluation et l'utilisation des résultats de l'évaluation.
- Assurer la confidentialité des données et présenter les règles qui s'appliquent à votre situation.
- S'assurer que les répondants complètent les questionnaires de manière indépendante.
- S'assurer que le répondant sait lire et qu'il comprend suffisamment le français pour saisir le sens des questions.
- Au besoin, lire les questions et présenter les choix de réponses au répondant.
- En entretien individuel, présenter au répondant le choix de réponses de façon visuelle afin de lui donner un repère.
- S'il répond seul, prévoir un temps précis pour compléter les questionnaires où la personne sera complètement disponible et disposée.
- Informer le répondant qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les questions visent à mieux connaître sa situation et celle de sa famille.
- S'assurer que le répondant qui a répondu seul au questionnaire a répondu à toutes les questions.
- Prévoir des ressources d'aide téléphonique auxquelles le répondant peut se référer s'il en ressent le besoin pendant ou suite à l'évaluation.

Bonne évaluation

2- Fiche synthèse

L'évaluation des pratiques éducatives pour les parents d'enfants et d'adolescents

Nom du questionnaire : Alabam Parenting Questionnaire (APQ)
Référence : Shelton, Frick et Wooton (1996)

Répondants : Parents et jeune

Versions :
 Version pour les parents d'enfants 6 à 11 ans
 Version pour les parents d'adolescents de 12 à 17 ans
 Version pour le jeune quant aux pratiques du père
 Version pour le jeune quant aux pratiques de la mère

Type de questionnaire : Auto-complété, échelle de type Likert

Dimensions évaluées :

Version Enfant 6-11

- Engagement parental
- Comportements éducatifs positifs
- Supervision lacunaire
- Incohérence de la discipline
- Punition corporelle
- Autres pratiques éducatives

Du père selon le jeune

- Engagement parental
- Comportements éducatifs positifs
- Supervision lacunaire
- Incohérence de la discipline

De la mère selon le jeune

- Engagement parental
- Comportements éducatifs positifs
- Supervision lacunaire
- Incohérence de la discipline

Version ADO

- Engagement parental
- Comportements éducatifs positifs
- Supervision lacunaire
- Incohérence de la discipline

Procédure de cotation :

1. Sur la fiche de cotation, rapporter les résultats (1-5) pour chaque dimension
2. Faire la somme des résultats pour chaque dimension
3. Diviser le total par le nombre d'item

Analyse :

1. Comparer le score obtenu aux seuils cliniques
2. Le résultat est un indice de la fréquence moyenne d'utilisation de la pratique éducative. Ainsi un score élevé aux échelles positives (engagement parental et comportements éducatifs positifs) est souhaitable alors qu'un score élevé aux échelles négatives (supervision lacunaire, incohérence de la discipline et punition corporelle) indique des difficultés sur cette dimension. Les seuils cliniques sont établis sur la base d'un jugement d'expert, ils sont présentés à titre indicatif.

3- Questionnaire parents d'enfants 6-11ans

Les énoncés qui suivent concernent votre relation avec votre enfant. Répondez à chaque énoncé en vous servant de la feuille suivante.					
	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
1. Vous avez des conversations amicales avec votre enfant.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
2. Vous laissez savoir à votre enfant quand (il/elle) fait quelque chose de bien.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
3. Vous menacez de punir votre enfant puis vous changez d'avis et ne mettez pas à exécution votre punition.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
4. Vous apportez votre aide dans des activités auxquelles votre enfant participe (par exemple des activités sportives, les scouts, des groupes religieux).	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
5. Vous récompensez ou donnez quelque chose de plus à votre enfant quand il vous obéit ou se comporte bien.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
6. Votre enfant ne vous laisse pas de note ou ne vous laisse pas savoir où (il/elle) va.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
7. Vous jouez à des jeux ou vous faites d'autres choses amusantes avec votre enfant.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
8. Votre enfant argumente s'il est puni après qu'(il/elle) ait fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
9. Vous vous informez de la journée que votre enfant a passée à l'école.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
10. Votre enfant reste à l'extérieur de la maison en soirée au-delà de l'heure à laquelle (il/elle) est supposé(e) entrer.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
11. Vous aidez votre enfant à faire ses devoirs.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
12. Vous avez l'impression que de vous faire obéir par votre enfant demande trop d'efforts pour ce que ça rapporte.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
13. Vous complimentez votre enfant quand (il/elle) fait quelque chose de bien.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
14. Vous demandez à votre enfant quels sont ses projets pour la journée à venir.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
15. Vous reconduisez votre enfant à une activité spéciale.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
16. Vous félicitez votre enfant quand (il/elle) se conduit bien.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
17. Votre enfant sort avec des amis que vous ne connaissez pas.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
18. Vous serrez ou embrassez votre enfant quand (il/elle) fait quelque chose de bien.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
19. Votre enfant sort sans avoir une heure de rentrée prévue.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
20. Vous parlez avec votre enfant de ses amis.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
21. Votre enfant est à l'extérieur quand il fait nuit sans être accompagné d'un adulte.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
22. Vous mettez un terme à votre punition plus tôt que prévu (comme lever les restrictions plus vite que vous l'aviez dit au départ).	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
23. Votre enfant aide à la planification des activités de votre famille.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
24. Vous êtes tellement occupé(e) que vous oubliez où se trouve votre enfant et ce qu'(il/elle) fait.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
25. Votre enfant n'est pas puni quand (il/elle) a fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
26. Vous assistez aux différentes rencontres auxquelles vous êtes invité(e) à l'école de votre enfant.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
27. Vous dites à votre enfant que vous aimez cela quand (il/elle) aide à la maison.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
28. Vous ne vérifiez pas si votre enfant entre à la maison à l'heure prévue.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

	Jamais	Presque jamais	Quelque- fois	Souvent	Toujours
29. Vous ne dites pas à votre enfant où vous allez.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
30. Votre enfant entre de l'école plus d'une heure après le moment où vous l'attendiez.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
31. La punition que vous donnez à votre enfant dépend de votre humeur.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
32. Votre enfant est à la maison sans la supervision d'un adulte.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
33. Vous donnez une fessée avec la main à votre enfant lorsqu'(il/elle) fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
34. Vous ignorez votre enfant lorsqu'(il/elle) se comporte mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
35. Vous donnez une tape à votre enfant lorsqu'(il/elle) fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
36. Vous retirez des privilèges ou de l'argent à votre enfant comme punition.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
37. Vous envoyez votre enfant dans sa chambre comme punition.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
38. Vous frappez votre enfant avec une ceinture, une baguette ou un autre objet lorsqu'(il/elle) a fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
39. Vous criez ou hurlez après votre enfant lorsqu'(il/elle) fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
40. Vous expliquez calmement à votre enfant pourquoi son comportement est mal lorsqu'(il/elle) se comporte mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
41. Vous utilisez le retrait (s'asseoir ou être debout dans le coin) comme punition.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
42. Vous donnez à votre enfant des travaux ménagers supplémentaires comme punition.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

4- Questionnaire parents d'adolescents 12-17 ans

Les énoncés qui suivent concernent plus particulièrement votre façon de vous comporter avec votre adolescent(e). Il est important que vous sachiez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.	Jamais	Presque jamais	Quelque-fois	Souvent	Toujours
1. Vous avez des conversations amicales avec votre enfant.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2. Vous lui manifestez votre intérêt pour ses goûts et ses activités.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. Vous avez menacé de punir votre enfant mais n'avez pas mis votre menace à exécution.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4. Vous récompensez ses réalisations.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
5. Il ou elle vous informe de ses déplacements et de ses activités.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
6. Il ou elle argumente avec vous s'il est puni après avoir fait quelque chose de mal.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
7. Vous vous informez de la journée qu'il ou elle a passée à l'école.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
8. Il ou elle ne respecte pas les heures de rentrée que vous avez fixées.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
9. Vous le ou la soutenez dans ses études lorsqu'il ou elle le demande.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
10. Vous lui demandez quels sont ses projets pour la journée.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
11. Vous lui soulignez ses réalisations et ses points positifs.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
12. Il ou elle sort avec des amis que vous ne connaissez pas.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
13. Il ou elle sort sans avoir d'heure de rentrée prévue.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
14. Vous parlez avec lui ou elle de ses amis.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

	Jamais	Presque jamais	Quelque-fois	Souvent	Toujours
15. Il ou elle est à l'extérieur tard la nuit sans surveillance.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
16. Vous mettez un terme à votre punition plus tôt que prévu (comme lever les restrictions plus vite que vous l'aviez dit au départ).	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
17. Il ou elle aide à la planification des activités de votre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
18. Vous êtes tellement occupé que vous oubliez où il ou elle se trouve et ce qu'il/elle fait.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
19. Il ou elle n'est pas puni(e) quand il/elle fait quelque chose de mal.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
20. Vous assistez aux différentes rencontres auxquelles vous êtes invité à son école.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
21. Vous lui exprimez votre satisfaction lorsqu'il ou elle participe à l'entretien de la maison.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
22. Vous ne vérifiez pas s'il ou elle entre à la maison à l'heure prévue.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
23. Vous ne lui dites pas où vous allez quand vous sortez.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
24. Il ou elle entre de l'école plus d'une heure après le moment où vous l'attendiez.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
25. Les punitions que vous lui donnez dépendent de votre humeur.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
26. Il ou elle peut recevoir ses amis et aller dans un «party» sans qu'il y ait une surveillance d'un parent.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

5- Questionnaire pour le jeune quant aux pratiques éducatives de son père

F09		Les pratiques éducatives de ton père ou de la figure paternelle ¹ (le conjoint dans la famille du répondant principal)				
Les énoncés qui suivent concernent plus particulièrement la façon dont ton père se comporte avec toi. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.						
Nom de la personne identifiée par l'intervenant :	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours	
1. Mon père a des conversations amicales avec moi.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
2. Mon père me manifeste son intérêt pour mes goûts et mes activités.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
3. Mon père me menace de me punir mais il ne met pas sa menace à exécution.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
4. Mon père récompense mes réalisations.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
5. J'informe mon père de mes déplacements et de mes activités.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
6. J'argumente avec mon père si je suis puni(e) après avoir fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
7. Mon père s'informe de la journée que j'ai passée à l'école.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
8. Je ne respecte pas les heures de rentrée que mon père a fixées.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
9. Mon père me soutient dans mes études lorsque je le demande.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
10. Mon père me demande quels sont mes projets pour la journée.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
11. Mon père me souligne mes réalisations et mes points positifs.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
12. Je sors avec des ami(e)s que mon père ne connaît pas.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
13. Je sors sans avoir d'heure de rentrée prévue.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
14. Mon père parle avec moi de mes ami(e)s.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
15. Je suis à l'extérieur tard la nuit sans surveillance.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	

	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
16. Mon père met un terme à sa punition plus tôt que prévu (comme lever les restrictions plus vite qu'il l'avait dit au départ).	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
17. J'aide à la planification des activités de notre famille.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
18. Mon père est tellement occupé qu'il oublie où je me trouve et ce que je fais.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
19. Je ne suis pas puni(e) quand je fais quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
20. Mon père assiste aux différentes rencontres auxquelles il est invité à mon école.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
21. Mon père m'exprime sa satisfaction lorsque je participe à l'entretien de la maison.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
22. Mon père ne vérifie pas si je rentre à la maison à l'heure prévue.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
23. Mon père ne me dit pas où il va quand il sort.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
24. Je rentre de l'école plus d'une heure après le moment où mon père m'attendait.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
25. Les punitions que mon père me donne dépendent de son humeur.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
26. Je peux recevoir mes ami(e)s et aller dans un «party» sans qu'il y ait une surveillance d'un parent.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

¹ Alabama Parenting Questionnaire développé par Shelton, Frick et Woolton (1996).

6- Questionnaire pour le jeune quant aux pratiques éducatives de sa mère

F08					
Les pratiques éducatives de ta mère ou de la figure maternelle¹					
(la conjointe dans la famille du répondant principal)					
Les énoncés qui suivent concernent plus particulièrement la façon dont ta mère se comporte avec toi. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.					
Nom de la personne identifiée par l'intervenant :	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
1. Ma mère a des conversations amicales avec moi.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
2. Ma mère me manifeste son intérêt pour mes goûts et mes activités.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
3. Ma mère me menace de me punir mais elle ne met pas sa menace à exécution.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
4. Ma mère récompense mes réalisations.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
5. J'informe ma mère de mes déplacements et de mes activités.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
6. J'argumente avec ma mère si je suis puni(e) après avoir fait quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
7. Ma mère s'informe de la journée que j'ai passée à l'école.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
8. Je ne respecte pas les heures de rentrée que ma mère a fixées.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
9. Ma mère me soutient dans mes études lorsque je le demande.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
10. Ma mère me demande quels sont mes projets pour la journée.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
11. Ma mère me souligne mes réalisations et mes points positifs.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
12. Je sors avec des ami(e)s que ma mère ne connaît pas.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
13. Je sors sans avoir d'heure de rentrée prévue.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
14. Ma mère parle avec moi de mes ami(e)s.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
15. Je suis à l'extérieur tard la nuit sans surveillance.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
16. Ma mère met un terme à sa punition plus tôt que prévu (comme lever les restrictions plus vite qu'elle l'avait dit au départ).	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
17. J'aide à la planification des activités de notre famille.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
18. Ma mère est tellement occupée qu'elle oublie où je me trouve et ce que je fais.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
19. Je ne suis pas puni(e) quand je fais quelque chose de mal.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
20. Ma mère assiste aux différentes rencontres auxquelles elle est invitée à mon école.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
21. Ma mère m'exprime sa satisfaction lorsque je participe à l'entretien de la maison.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
22. Ma mère ne vérifie pas si je rentre à la maison à l'heure prévue.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
23. Ma mère ne me dit pas où elle va quand elle sort.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
24. Je rentre de l'école plus d'une heure après le moment où ma mère m'attendait.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
25. Les punitions que ma mère me donne dépendent de son humeur.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
26. Je peux recevoir mes ami(e)s et aller dans un «party» sans qu'il y ait une surveillance d'un parent.	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

¹ Alabama Parenting Questionnaire développé par Shelton, Frick et Wootton (1996).

7- Fiche de cotation 1 (6-11 ans)

**Tableau de cotation du questionnaire portant sur les
pratiques éducatives (APQ)
Version Enfant**

Échelles													Totaux	Seuil
Engagement parental	#	1	4	7	9	11	14	15	20	23	26	Σ	10	<3.25
	Item score													
Comportement éducatifs positifs	#	2	5	13	16	18	27	Σ	6	<3.25				
	Item score													
Supervision	#	6	10	17	19	21	24	28	29	30	32	Σ	10	>2.5
	Item score													
Discipline Inconsistante	#	3	8	12	22	25	31	Σ	6	>2.5				
	Item score													
Punition corporelle	#	33	35	38	Σ	3	Analyse d'item							
	Item score													

Il est recommandé d'analyser chaque item de la dimension punition corporelle de même que les autres pratiques éducatives (items 33 à 42).

8- Fiche de cotation 2 (12-17 ans) et du père, de la mère selon le jeune

**Tableau de cotation du questionnaire portant sur les
pratiques éducatives (APQ)
Version Adolescent
et
Version pour le jeune quant aux pratiques de son
père et/ou de sa mère**

Échelles													Totaux	Seuil
Engagement parental	#	1	2	7	9	10	14	17	20	Σ	8	<3.25		
	Item score													
Comportement éducatifs positifs	#	4	11	21	Σ	3	<3.25							
	Item score													
Supervision	#	5	8	12	13	15	18	22	23	24	26	Σ	10	>2.5
	Item score	↔												
Discipline Inconsistante	#	3	6	16	19	25	Σ	5	>2.5					
	Item score													

↔ recoder l'item 5 : 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

9- Seuils cliniques et Interprétations pour APQ version enfant

Les seuils cliniques ont été déterminés sur la base d'un jugement d'expert. On peut se référer à l'échelle de réponse pour interpréter le résultat selon une échelle de fréquence moyenne d'utilisation de la pratique.

	Échelles	Seuils cliniques	Interprétations
Échelles positives	Engagement parental	<3.25	Un score total plus grand que 3.25 est souhaitable et donne un indice que le parent fait preuve d'un engagement parental adéquat.
	Comportements éducatifs positifs	<3.25	Un score total plus grand que 3.25 est souhaitable et donne un indice que le parent utilise des comportements éducatifs adéquats.
Échelles négatives	Supervision	>2.5	Un score total plus grand que 2.5 n'est pas souhaitable et indique des difficultés sur cette dimension.
	Disciplines inconsistante	>2.5	Un score total plus grand que 2.5 n'est pas souhaitable et indique des difficultés sur cette dimension.
	Punition corporelle	Analyser chaque item	Un score total élevé n'est pas souhaitable et indique des difficultés sur cette dimension.

10- Seuils cliniques et Interprétations pour APQ version Adolescent, père et mère selon le jeune.

Les seuils cliniques ont été déterminés sur la base d'un jugement d'expert. On peut se référer à l'échelle de réponse pour interpréter le résultat selon une échelle de fréquence moyenne d'utilisation de la pratique.

	Échelles	Seuils cliniques	Interprétations
Échelles positives	Engagement parental	<3.25	Un score total plus grand que 3.25 est souhaitable et donne un indice que le parent fait preuve d'un engagement parental adéquat.
	Comportements éducatifs positifs	<3.25	Un score total plus grand que 3.25 est souhaitable et donne un indice que le parent utilise des comportements éducatifs adéquats.
Échelles négatives	Supervision	>2.5	Un score total plus grand que 2.5 n'est pas souhaitable et indique des difficultés sur cette dimension.
	Disciplines inconsistante	>2.5	Un score total plus grand que 2.5 n'est pas souhaitable et indique des difficultés sur cette dimension.
	Punition corporelle	Analyser chaque item	Un score total élevé n'est pas souhaitable et indique des difficultés sur cette dimension.

11- Références et Disponibilités

- 1- Essau, C.A., Sasagawa, S., & Frick, P.J., (2006). Psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire, *Journal of child and family studies*, 15, 597-616
- 2- Shelton, K.K., Frick, P.J., Wootton, J., (1996). Assessment of Parenting Practices in Family of Elementary School-age children, *Journal of clinical child psychology*, 25 (3), 317-329

Disponibilité des articles : <http://fs.uno.edu/pfrick/APQ.html>

Personne ressource: Luc Touchette, Ph.D. Université de Sherbrooke

12- Repère visuel : Choix de réponses

Jamais	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
1	2	3	4	5

Profil Familial

1	2	3	4	5
Presque jamais	Une fois à l'occasion	Quelques fois	Souvent	Presque toujours

En utilisant le chiffre approprié correspondant à l'échelle ci-dessus, indiquez comment vous voyez votre famille présentement:

- 1. Nous aimons faire des choses ensemble
 ----- 2. Nous participons tous aux décisions dans notre famille
 ----- 3. Nous sommes fiers de notre famille
 ----- 4. Nous considérons les mêmes choses comme importantes
 ----- 5. Nous nous félicitons les uns les autres
 ----- 6. Nous pouvons exprimer ouvertement nos sentiments
 ----- 7. Nous savons que nous pouvons régler les problèmes qui peuvent survenir
 ----- 8. Nous avons des intérêts et des loisirs communs
 ----- 9. Lorsque notre famille a un problème, elle écoute les avis des enfants
 ----- 10. Nous nous respectons les uns les autres
 ----- 11. Nous partageons les mêmes valeurs et les mêmes croyances
 ----- 12. Nous faisons des choses agréables les uns pour les autres
 ----- 13. Chacun écoute l'autre
 ----- 14. Nous pouvons compter les uns sur les autres
 ----- 15. Notre famille fait souvent des choses plaisantes ensemble
 ----- 16. Les enfants ont leur mot à dire pour les règles de discipline
 ----- 17. Nous nous serrons les coudes en famille
 ----- 18. Nous sommes d'accord sur ce qui est bien et ce qui est mal
 ----- 19. Nous nous exprimons des marques d'amour
 ----- 20. Nous croyons que c'est important de comprendre les sentiments de chacun
 ----- 21. Les événements ont souvent une issue favorable dans notre famille
 ----- 22. Il est important dans notre famille d'être ensemble
 ----- 23. Les tâches ménagères sont partagées équitablement dans notre famille
 ----- 24. Notre famille a des traditions auxquelles nous tenons
 ----- 25. Nous sommes d'accord sur ce qui compte vraiment dans la vie
 ----- 26. Nous nous sentons très près les uns des autres
 ----- 27. Nous pouvons discuter de problèmes délicats sans nous disputer
 ----- 28. Nous avons des amis et des proches sur qui nous pouvons compter
 ----- 29. Il est facile de trouver des choses à faire ensemble en famille
 ----- 30. Notre famille fait le tour d'un problème jusqu'à ce que la solution convienne à tous
 ----- 31. Nous sommes fiers de l'histoire de notre famille
 ----- 32. Nous pensons qu'il est important de faire ce qui est bien dans notre famille
 ----- 33. Nous nous préoccupons de ce que les autres ressentent dans notre famille
 ----- 34. Nous aimons parler de choses et d'autres dans notre famille
 ----- 35. Nous planifions ensemble l'avenir

Traduction de l'instrument FAMILY PROFILE, par Julie Beaudoin (1994), à partir de Lee, T.R. et Goddard, W. (1989). Developing family relationship skills to prevent substance abuse among high-risk youth. *Family Relations*, 39, pp. 301-305.

Feuille de cotation du Profil Familial

Le Profil Familial évalue la perception que les membres de votre famille ont de celle-ci dans 7 domaines importants. Les noms de ces 7 domaines apparaissent sur cette feuille. Les questions utilisées pour évaluer chaque domaine apparaissent en dessous. Pour chaque numéro de question, transcrivez la cote indiquée sur le Profil Familial. Additionnez les cotes pour chaque domaine.

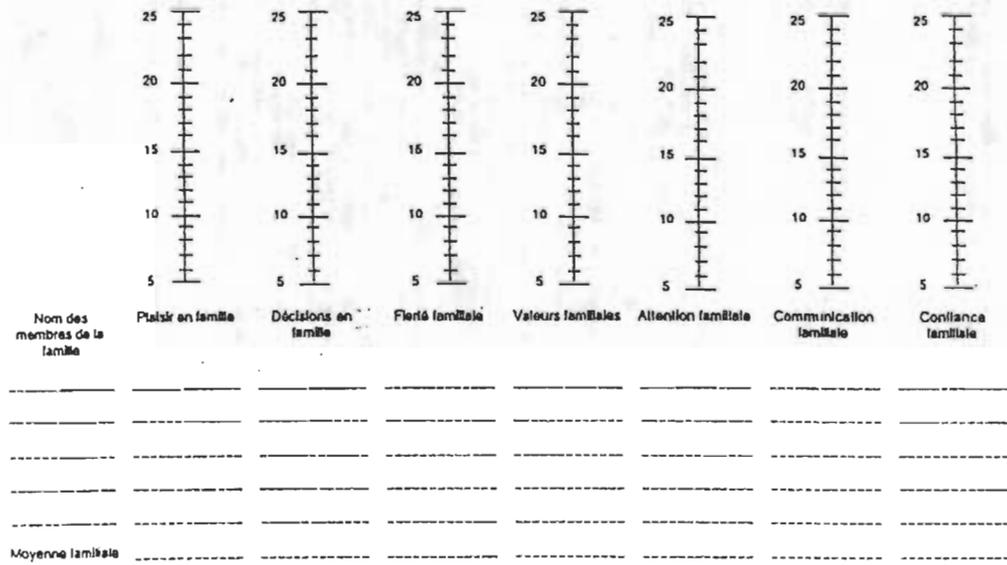
A		B		C		D	
Plaisir en famille		Décisions en famille		Fierté familiale		Valeurs familiales	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
TOTAL		-----		-----		-----	
E		F		G			
Attention familiale		Communication familiale		Confiance familiale			
5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.
29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.
TOTAL		-----		-----		-----	

Traduction de l'instrument FAMILY PROFILE, par Julie Beaudoin (1994), à partir de Lee, T.R. et Goddard, W. (1989). Developing family relationship skills to prevent substance abuse among high-risk youth. *Family Relations*, 39, pp. 301-305.

Graphique du Profil Familial

Inscrivez au bas de cette feuille les totaux obtenus par chaque membre de la famille dans les 7 domaines de fonctionnement familial. Ces totaux apparaissent sur la feuille de cotation du Profil Familial. Avec une couleur différente pour chaque membre de la famille, indiquez par un point sur le graphique les totaux dans les sept domaines.

Ensuite, additionnez les cotes de tous les membres de la famille dans chaque domaine et divisez par le nombre de membres afin d'obtenir la moyenne familiale pour chaque domaine. De la même manière, indiquez par un point de couleur différente sur le graphique la moyenne familiale dans chaque domaine. Reliez les points de même couleur ensemble en utilisant un crayon de la même couleur que la série de points.



Traduction de l'instrument FAMILY PROFILE, par Julie Beaudoin (1994), à partir de Lee, T.R. et Goddard, W. (1989). Developing Family relationship skills to prevent substance abuse among high-risk youth. *Family Relations*, 39, 101, 105.



Appendice E
Feuilles d'information sur le projet de recherche



RÉSUMÉ DU PROJET DE RECHERCHE

L'ÉVALUATION DES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE: PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

Jean-Yves Bégin, M.Sc., doctorant en psychoéducation
Sous la direction de Caroline Couture, Ph.D. et Line Massé, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychoéducation

Parmi les élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA), ceux affichant d'importantes difficultés d'adaptation, notamment sur le plan du comportement, voient fréquemment leur réussite scolaire compromise (MELS, 2007). Afin de répondre aux besoins de ces élèves et de mettre en place des plans d'intervention qui favoriseront leur réussite, les professionnels du milieu scolaire se doivent d'évaluer de façon rigoureuse leur situation (Massé, Bégin & Pronovost, 2013). Les psychoéducateurs occupent une place de plus en plus importante parmi les professionnels du milieu scolaire et la nouvelle loi 21, modifiant le Code des professions du Québec, vient récemment de leur confier un mandat d'évaluation très spécifique en lien avec les élèves en difficulté. Cependant, la psychoéducation étant une profession relativement jeune, peu de pratiques standardisées ont été proposées en lien avec l'évaluation des personnes. C'est pourquoi, après avoir développé un guide d'évaluation psychoéducative général, l'Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec (OPPQ) désire développer des protocoles pouvant guider la pratique évaluative des psychoéducateurs de façon plus spécifique dans différents milieux d'intervention. À l'heure actuelle, rien de spécifique au mandat conféré par la loi 21 n'a été développé pour les psychoéducateurs en milieu scolaire. Par conséquent, il devient opportun d'offrir à ces professionnels un cadre de référence validé qui orientera leur démarche d'évaluation auprès des élèves en difficulté, favorisant ainsi une action évaluative rigoureuse et méthodique.

L'objectif général de cette recherche est de développer un protocole d'évaluation pour les psychoéducateurs afin de les guider dans leur pratique évaluative des troubles de comportement des élèves à l'école primaire.

Plus précisément, les objectifs spécifiques de cette recherche sont :

1. Décrire la pratique évaluative des difficultés de comportement des psychoéducateurs en milieu scolaire.
2. Relever les besoins, les limites et les contraintes auxquelles les psychoéducateurs sont confrontés dans leur pratique évaluative des troubles de comportement.
3. Élaborer un protocole d'évaluation à partir de l'information issue de la littérature scientifique et de l'expertise des psychoéducateurs.
4. Évaluer l'efficacité et de la pertinence du protocole proposé.

En lien avec les objectifs de recherche, le projet comporte trois phases :

Phase 1. Collecte d'information concernant la réalité des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire en termes d'évaluation des troubles du comportement par l'entremise de groupes de discussion et d'entrevues téléphoniques.

Phase 2. Validation de ce qui a émergé des groupes de discussion et des entrevues téléphoniques par l'entremise d'un questionnaire (complété en ligne via un site web sécurisé) administré à l'ensemble des psychoéducateurs du Québec œuvrant en milieu scolaire primaire. Ces informations collectées avec ce questionnaire permettront dresser un portrait davantage quantitatif de la pratique évaluative des psychoéducateurs.

Phase 3. (nov 2014). Expérimentation d'un protocole d'évaluation issu d'un amalgame entre ce que la littérature scientifique prescrit de faire en terme d'évaluation des troubles de comportement et ce qui correspond à la réalité des psychoéducateurs sur le terrain. Cette phase d'expérimentation comprend une journée de formation pour l'utilisation du protocole, du temps d'assistance (entretien téléphonique, déplacement dans le milieu si nécessaire, etc.) et une entrevue sur la pertinence et l'efficacité du protocole une fois utilisé (fév-mars 2015).



PHASE 3 DU PROJET DE RECHERCHE

L'ÉVALUATION DES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE: PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

- La phase 3 du projet de recherche est prévue pour le mois d'octobre et le mois de novembre 2014
- Le projet vise l'expérimentation d'un protocole d'évaluation des troubles de comportement destiné aux ps.éd. qui oeuvrent auprès d'élèves en milieu scolaire primaire
- Ce protocole est issu des pratiques de pointe dans le domaine de la mesure et de l'évaluation et des connaissances provenant des recherches scientifiques relatives aux troubles du comportement
- C'est une démarche qui tient compte de la réalité des milieux que nous avons pris soin de décrire et d'analyser au cours des phases antérieures du projet de recherche
- L'expérimentation prévoit
 - ✓ Une journée de formation (7 heures) pour l'utilisation du protocole
 - ✓ L'expérimentation du protocole par les ps.éd. auprès d'au moins un élève en trouble du comportement (novembre 2014 à février 2015)
 - ✓ Du temps d'assistance et de suivi en fonction des besoins (entretiens téléphoniques, courriels, forum de discussion, déplacement dans le milieu si nécessaire, etc.)
- Nous prévoyons faire l'évaluation de l'efficacité, de la pertinence et de l'efficacité du protocole par l'entremise d'un seul entretien téléphonique auprès des ps.éd. qui l'ont expérimenté (40 minutes; février – mars 2015)

Retombées anticipées

Offre aux ps.éd. une méthode articulée qui s'appuie sur une synthèse des connaissances et des facteurs associés aux troubles du comportement et qui intègre des pratiques innovantes en évaluation réputées pour leur efficacité.

Offre aux ps.éd. une méthode efficace afin de dresser un portrait rigoureux, global et nuancé de la situation d'un élève permettant ainsi de faciliter les prises de décisions, l'élaboration de plans d'intervention et le choix des cibles d'interventions en fonction des forces et des difficultés de l'élève.

Offre aux ps.éd. une méthode efficace pour communiquer les résultats de l'évaluation aux parents et aux autres intervenants impliqués dans le dossier.

Contribue au développement de l'identité professionnelle du ps.éd. en milieu scolaire en définissant mieux son rôle, son apport clinique et son action évaluative en tenant compte du nouveau contexte de loi régissant le Code des professions.

Appendice F
Formulaires de consentement

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Septembre 2012

Département de psychoéducation
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec
Canada, G9A 5H7

LETTRE D'INFORMATION POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

Invitation à participer au projet de recherche

L'ÉVALUATION DES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE : PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

Jean-Yves Bégin, candidat au doctorat
Sous la direction de Caroline Couture, Ph.D., et Line Massé, Ph.D.
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Projet financé par le Fond de Recherche sur la Société et la Culture

Votre participation à ce projet de recherche serait grandement appréciée. Il vise à dresser un portrait de la pratique évaluative des psychoéducateurs qui œuvrent dans les écoles primaires du Québec, dans le but d'élaborer un protocole d'évaluation psychoéducative des troubles du comportement à l'école primaire.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- 1- Décrire le portrait actuel de la pratique évaluative du psychoéducateur en milieu scolaire primaire en ce qui concerne les élèves qui présentent des troubles du comportement, en tenant compte du point de vue des psychoéducateurs, des autres professionnels du domaine psychosocial et des différentes instances décisionnelles dans les écoles et les commissions scolaires.
- 2- Recueillir les propositions et des recommandations des psychoéducateurs, des autres professionnels du domaine psychosocial et des différentes instances décisionnelles dans les écoles et les commissions scolaires quant à la façon d'évaluer les élèves qui présentent des troubles du comportement à l'école primaire.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de nous adresser

toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à un groupe de discussion composé de 6 à 10 participants, d'une durée d'environ 120 minutes. Les thèmes abordés pendant la discussion traiteront des pratiques professionnelles en lien avec l'évaluation des troubles du comportement, des défis rencontrés et des besoins manifestés pour bien mener les évaluations. Les groupes de discussion auront lieu à l'endroit désigné par les participants (locaux des commissions scolaires respectives) et se dérouleront au courant des mois d'avril et mai 2012. Un enregistrement audio est prévu afin de faciliter le traitement des données. Nous prévoyons mener des entrevues téléphoniques avec les psychoéducateurs résidant en région pour qui la distance les empêcherait de participer au projet.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 120 minutes pour les groupes de discussion ou les entrevues téléphoniques, demeure les seuls inconvénients.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'action évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Plusieurs retombées secondaires à votre participation sont cependant prévues puisque ces connaissances serviront à l'élaboration d'un protocole d'évaluation des troubles de comportement pour les psychoéducateurs en milieu scolaire primaire qui tient compte de la réalité du milieu scolaire québécois et des données scientifiques à ce sujet. Une fois le protocole d'évaluation terminé, il sera distribué aux psychoéducateurs ayant participé au projet avec la formation nécessaire pour l'opérer. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Toutefois, pour vous remercier, nous ferons tirer au hasard parmi les participants deux chèques-cadeau d'une valeur de 50\$ chez Futur Shop.

Confidentialité

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les psychoéducateurs qui participeront aux groupes de discussion signeront un formulaire qui les engage garder confidentiel ce qui se passera et se discutera durant le groupe de discussion. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique et d'un nom fictif lors des entrevues et groupes de discussion. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications scientifiques, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clef au campus de Québec de l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiant chercheur (Jean-Yves Bégin) et les directrices du projet de recherche (Caroline Couture et Line Massé). Elles seront détruites trois ans après le dépôt final de la thèse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Sachez que votre participation n'aura aucun impact sur votre travail ou vos activités professionnelles.

L'étudiant chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jean-Yves Bégin au 1-800-365-0922 poste 2832 ou par courriel à jean-yves.begin@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-11-175-06.03 a été émis le 22 décembre 2011.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Jean-Yves Bégin m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, soussigné(e), _____

(prénom et nom du participant en caractère d'imprimerie)

confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'évaluation des élèves ayant des troubles du comportement à l'école primaire : protocole pour les psychoéducateurs*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

(Signature du participant)

(Signature du chercheur : Jean-Yves Bégin)

Date : _____

Date : _____

UQTR

Université du Québec
à Trois-Rivières

Novembre 2012

Département de psychoéducation
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec
Canada, G9A 5H7

LETTRE D'INFORMATION POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

Invitation à participer au projet de recherche

L'ÉVALUATION DES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À L'ÉCOLE PRIMAIRE : PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

Jean-Yves Bégin, candidat au doctorat
Sous la direction de Caroline Couture, Ph.D., et Line Massé, Ph.D.
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Projet financé par le Fond de Recherche sur la Société et la Culture

Votre participation à ce projet de recherche serait grandement appréciée. Il vise à dresser un portrait de la pratique évaluative des psychoéducateurs qui œuvrent dans les écoles primaires du Québec, dans le but d'élaborer un protocole d'évaluation psychoéducative des troubles du comportement à l'école primaire.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. Valider le contenu qualitatif qui a émergé des entrevues et des groupes de discussion (première phase de la recherche)
2. Décrire, auprès d'un plus grand échantillon, la pratique évaluative des troubles du comportement des psychoéducateurs oeuvrant dans les écoles primaires du Québec à l'aide de données quantitatives.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de nous adresser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire via un site internet sécurisé de l'UQTR. Ce questionnaire prend

environ une quarantaine de minutes pour être complété. Ce questionnaire traitera des pratiques professionnelles en lien avec l'évaluation des troubles du comportement, des défis rencontrés et des besoins manifestés pour bien mener les évaluations. Cette collecte de données quantitatives se déroulera au courant des mois de novembre et décembre 2012.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 40 minutes pour remplir le questionnaire, demeure les seuls inconvénients.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'action évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Plusieurs retombées secondaires à votre participation sont cependant prévues puisque ces connaissances serviront à l'élaboration d'un protocole d'évaluation des troubles de comportement pour les psychoéducateurs en milieu scolaire primaire qui tient compte de la réalité du milieu scolaire québécois et des données scientifiques à ce sujet. Une fois le protocole d'évaluation terminé, il sera distribué aux psychoéducateurs qui l'auront expérimenté avec la formation nécessaire pour l'opérer. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Toutefois, pour vous remercier, nous ferons tirer au hasard parmi les participants deux chèques-cadeau d'une valeur de 50\$ chez Future Shop.

Confidentialité

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique attribué pour chacun des participants lors du traitement des données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications scientifiques, ne permettront pas en aucun cas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sur le serveur de l'UQTR dont l'accès est protégé par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès aux données seront l'étudiant chercheur (Jean-Yves Bégin) et les directrices du projet de recherche (Caroline Couture et Line Massé). Elles seront détruites cinq ans après le dépôt final de la thèse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Sachez que votre participation n'aura aucun impact sur votre travail ou vos activités professionnelles.

L'étudiant chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jean-Yves Bégin au 1-800-365-0922 poste 2832 ou par courriel à jean-yves.begin@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-185-06.17 a été émis le 21 novembre 2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

Moi, Jean-Yves Bégin m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, soussigné(e), _____

(prénom et nom du participant en caractère d'imprimerie)

confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'évaluation des élèves ayant des troubles du comportement à l'école primaire : protocole pour les psychoéducateurs*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

(Signature du participant)

(Signature du chercheur : Jean-Yves Bégin)

Date : _____

Date : _____

UQTRUniversité du Québec
à Trois-Rivières

Novembre 2014

Département de psychoéducation
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec
Canada, G9A 5H7**LETTRE D'INFORMATION POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS**

Invitation à participer au projet de recherche**L'ÉVALUATION DES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT À
L'ÉCOLE PRIMAIRE : PROTOCOLE POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS**

Jean-Yves Bégin, candidat au doctorat
Sous la direction de Caroline Couture, Ph.D., et Line Massé, Ph.D.
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Projet financé par le Fond de Recherche sur la Société et la Culture

Votre participation à ce projet de recherche serait grandement appréciée. Il vise à expérimenter un protocole d'évaluation psychoéducative des troubles du comportement à l'école primaire.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- 1- Expérimenter un protocole d'évaluation issu d'un amalgame entre les pratiques évaluatives de pointe pour les troubles du comportement et ce qui correspond à la réalité clinique des psychoéducateurs dans les écoles primaires.
- 2- Procéder à l'évaluation du processus d'implantation et des retombés sur la pratique évaluative des psychoéducateurs.
- 3- Évaluer la pertinence et la faisabilité de la procédure proposée.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de nous adresser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre implication dans le projet de recherche consiste à participer à une journée de formation (7 heures) à l'utilisation du protocole. À la suite de la formation, un petit questionnaire (30 minutes) vous sera soumis afin de

documenter les contraintes possibles que vous anticipez lors de l'éventuelle utilisation du protocole.

Une fois la formation terminée, nous vous demandons d'expérimenter la procédure auprès d'élèves ayant des difficultés comportementales dans le cadre de vos fonctions. Il n'y a pas de critères précis quant au choix des élèves qui feront l'objet d'une ÉFC (1er niveau d'évaluation) à part le fait de présenter une difficulté comportementale réactionnelle et ponctuelle dans le temps. Pour ce qui est du bilan clinique (évaluation de 2e niveau), le psychoéducateur doit choisir un élève présentant un trouble grave du comportement persistant ou suffisamment intense pour que la situation nécessite l'élaboration d'un plan d'intervention, l'attribution d'une cote administrative ministérielle ou une référence médicale.

Une fois que vous aurez expérimenté le protocole (l'un des deux niveaux d'évaluation), nous vous demandons de nous contacter pour une entrevue téléphonique (1 heure) en lien avec l'utilisation du protocole.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré pour la formation (7 heures), le temps pour remplir le questionnaire (30 minutes) et le temps pour effectuer l'entrevue téléphonique (1 heure) sont les seuls inconvénients prévus.

Bénéfices

Les psychoéducateurs bénéficieront d'une mise à jour de leurs connaissances dans le domaine des troubles du comportement et des pratiques de pointe pour les évaluer. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'action évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire est le seul autre bénéfice direct prévu à la participation au projet.

Les psychoéducateurs qui participeront à la formation recevront une attestation valide pour le programme de formation continue de l'Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec.

Confidentialité

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour l'identification du questionnaire et d'un nom fictif pour l'entrevue. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications scientifiques, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clef au campus de Québec de l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiant-chercheur (Jean-Yves Bégin) et les directrices du projet de recherche (Caroline Couture et Line Massé). Elles seront détruites trois ans après le dépôt final de la thèse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

L'étudiant chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jean-Yves Bégin au 1-800-365-0922 poste 2843 ou par courriel à jean-yves.begin@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-206-07.13 a été émis le 11 novembre 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

Moi, Jean-Yves Bégin m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, soussigné(e),

_____ (prénom et nom du participant en caractère d'imprimerie)

confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'évaluation des élèves ayant des troubles du comportement à l'école primaire : protocole pour les psychoéducateurs*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

(Signature du participant)

(Signature du chercheur : Jean-Yves Bégin)

Date : _____

Date : _____

UQTRUniversité du Québec
à Trois-Rivières

Novembre 2014

Département de psychoéducation
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec
Canada, G9A 5H7**LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARENTS**

Invitation à participer au projet de recherche

Jean-Yves Bégin, candidat au doctorat
Sous la direction de Caroline Couture, Ph.D., et Line Massé, Ph.D.
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Projet financé par le Fond de Recherche sur la Société et la Culture

La participation de votre enfant à ce projet de recherche serait grandement appréciée. Il vise à expérimenter un protocole d'évaluation psychoéducative des difficultés comportementales à l'école primaire.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche visent :

- 1- L'expérimentation par un psychoéducateur d'un protocole d'évaluation constitué de pratiques évaluatives de pointe pour les difficultés comportementales à l'école primaire.
- 2- L'évaluation du processus d'implantation et des retombés que le protocole aura sur la pratique évaluative des psychoéducateurs.
- 3- L'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la procédure proposée.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique l'éventuelle participation de votre enfant à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de nous adresser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Aucune tâche ne vous est spécifiquement demandée mise à part votre participation au processus normal d'une évaluation menée par le psychoéducateur de l'école de votre enfant. Dans certains cas, il se peut que le professionnel vous demande de participer à des entrevues ou de remplir des questionnaires afin de bien cerner les forces, les difficultés ou les besoins de votre enfant.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à la participation de votre enfant.

Le temps normal consacré à un processus d'évaluation est le seul inconvénient prévu.

Bénéfices

Les élèves qui sont évalués par les psychoéducateurs à l'aide du protocole bénéficieront des services usuels offerts par l'école et le professionnel. La procédure d'évaluation proposée aux psychoéducateurs n'enlève rien en termes de services offerts à votre enfant. Il s'agit d'une plus-value aux services offerts habituellement par le professionnel.

Confidentialité

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification et celle de votre enfant. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique et d'un nom fictif pour l'identification de l'évaluation. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications scientifiques, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clef au campus de Québec de l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiant-chercheur (Jean-Yves Bégin) et les directrices du projet de recherche (Caroline Couture et Line Massé). Elles seront détruites trois ans après le dépôt final de la thèse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

La participation de votre enfant à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de consentir à ce que votre enfant participe ou non et de le retirer en tout temps du processus sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

L'étudiant chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jean-Yves Bégin au 1-800-365-0922 poste 2843 ou par courriel à jean-yves.begin@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-206-07.13 a été émis le 11 novembre 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles

supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

Moi, Jean-Yves Bégin m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du parent de l'enfant participant

Je, soussigné(e), _____

(prénom et nom du participant en caractère d'imprimerie)

confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *L'évaluation des élèves ayant des difficultés comportementales à l'école primaire : protocole pour les psychoéducateurs*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de la participation de mon enfant. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de laisser mon enfant participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma décision est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer mon enfant en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement que mon enfant participe à ce projet de recherche.

(Signature du participant)

(Signature du chercheur : Jean-Yves Bégin)

Date : _____

Date : _____

Appendice G

Canevas d'entretien qualitatif et questionnaire quantitatif (Article 1)

PROTOCOLE

GROUPE DE DISCUSSION ET ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE PS.ÉD.

THÈME : LA PRATIQUE ÉVALUATIVE DES DIFFICULTÉS D'ORDRE
COMPORTEMENTALE EN MILIEU SCOLAIRE PRIMAIRE : POINT VUE DES
PSYCHOÉDUCATEURS

1^{er} bloc de discussion (la pratique en générale dans leur commission scolaire)

-Comment se définit l'évaluation psychoéducative des troubles du
comportement en milieu scolaire primaire?
Comment vous la concevez?

-Dans la pratique, comment elle se présente l'évaluation psychoéducative des
troubles du comportement en milieu scolaire?
Comment elle se pratique?
Est-elle rependue?
Est-elle structurée?

-Pourquoi les psychoéducateurs évaluent-ils les élèves?

-Comment la pratique évaluative s'articule-t-elle par rapport aux autres
opérations professionnelles (planification, organisation, animation, utilisation)?
Quelle est son importance?

-Comment se présente la demande d'évaluation?
Quels sont les mécanismes généraux de la demande de référence?

2^e bloc de discussion (votre pratique)

-Quelles sont vos pratiques pour évaluer les troubles de comportement de vos
élèves? Qu'est ce que vous faites?

-Quels sont les objets ou les centrations de votre évaluation? (Quelles
variables)

-Quelles sont les méthodes employées pour collecter les informations?

-Quels sont les outils (instruments) que vous employez pour collecter les
informations?

-Auprès de qui collectez-vous l'information (différentes collaborations,
dans la famille)?

-Temps requis pour effectuer les différentes étapes

-Quels sont les cadres théoriques qui guident votre pratique évaluative?

-Avez-vous des indications de l'employeur concernant la façon de mener vos
évaluations?

-Quelles sont les contraintes auxquelles vous faites face dans votre pratique évaluative?

-Qu'est-ce qui est à améliorer par rapport à la pratique évaluative des psychoéducateurs?

-Qu'est-ce qui fait que ça marche bien ou moins bien? (Temps, ressources, technique).

-Quelles sont les ressources nécessaires pour effectuer de bonnes évaluations?

-Quels sont les besoins par rapport à l'évaluation ?

Bloc de sous-questions pour alimenter la discussion (au besoin)

-Est-ce qu'il y a des choses que vous faites dans votre pratique évaluative, mais que vous jugez inutiles?

-Qu'est ce que vous ne pouvez pas faire (par manque de ressource, manque de formation ou interdiction) et qui serait utile de faire?

-Est-ce qu'il y a des tâches que vous ne voulez pas faire dans votre pratique évaluative et pourquoi?

3^e bloc de discussion (formation)

-Est-ce que vous vous sentez suffisamment outiller ou former pour faire de l'évaluation?

-De quels types de formation auriez-vous besoin?

Sur quoi devraient porter les formations en lien avec l'évaluation?

De quelle façon elle devrait être dispensée et envers qui?

5^e bloc de discussion (synthèse)

Selon vous, qu'est-ce qu'une pratique évaluative idéale?

FICHE SIGNALITIQUE :

-Avez-vous eu de la formation continue

-Avez-vous eu de la formation en évaluation durant la formation initiale (Bacc et Maîtrise)

-Est-ce que ces niveaux de formation sont suffisants?

Ces informations resteront strictement confidentielles	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance jj/mm/aaaa	
Adresse courriel :	
Adresse civique :	
Téléphone domicile	
Téléphone travail	
Dans quelle(s) université(s) avez-vous fait vos études?	
Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé (Bacc, maîtrise, doctorat)?	
Nombre d'années d'expérience en milieu scolaire primaire	
Dans quelle commission scolaire oeuvrez-vous?	
Dans quelle ville est votre commission scolaire?	
Quel est le nom de votre école?	
Êtes-vous membre de l'OPPQ?	OUI NON

Les informations serviront pour vous contacter pour la collecte de données, l'envoi de documents et du certificat de reconnaissance le programme de formation continue de l'OPPQ

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF (SITE WEB UQTR)

Je suis psychoéducateur(trice) en milieu scolaire primaire

Oui	Non
-----	-----

Je suis psychoéducateur(trice) membre de l'OPPQ

Oui	Non
-----	-----

Nom et prénom :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Adresse courriel :

Adresse civique :

Téléphone à la maison :

Téléphone au travail :

Combien d'années d'expérience avez-vous comme psychoéducateur(trice) en milieu scolaire primaire?

Dans quelle université avez-vous fait votre baccalauréat en psychoéducation?

Université de Montréal	
Université de Sherbrooke	
Université du Québec à Trois-Rivières	
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	
Université du Québec en Outaouais	
Université Laval	

Dans quelle université avez-vous fait votre maîtrise en psychoéducation?

Je n'ai pas fait de maîtrise	
Université de Montréal	
Université de Sherbrooke	
Université du Québec à Trois-Rivières	
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	
Université du Québec en Outaouais	
Université Laval	

Dans quelle région travaillez-vous?

Abitibi-Témiscamingue	
Estrie	
Centre du Québec	
Chaudière-Appalaches	
Gaspésie	
Îles-de-la-Madeleine	
Lanaudière	
Laurentides	
Laval	
Mauricie	
Montérégie	
Montréal	
Outaouais	
Québec (Capitale nationale)	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	
Côte-Nord	
Nord du Québec	
Hors du Québec	

Dans quelle commission scolaire travaillez-vous?

Quel est le nom de l'école où vous êtes principalement affectée?

Faites-vous de l'évaluation psychoéducatrice dans votre milieu de travail?

Oui	saut de question
Non	En quelques mots, indiquez les raisons pour lesquelles vous ne faites pas d'évaluation

Mise en contexte :

Les questions qui suivent traitent des pratiques évaluatives des psychoéducateurs qui œuvrent en milieu scolaire primaire. Il est important de répondre à ces questions en fonction de ce que vous faites dans votre milieu comme pratique évaluative. Il ne s'agit pas de répondre en fonction d'un idéal à atteindre en termes d'évaluation. Bref, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez selon ce que vous faites dans la réalité.

À l'aide des choix de réponse suivants, dites-nous quelle est votre conception de la démarche d'évaluation psychoéducatrice. (Vous pouvez choisir 2 conceptions maximum)

Un processus long et fastidieux dont les retombés sont plus ou moins utiles sur le plan de l'intervention	
Une démarche structurée nécessitant l'utilisation de plusieurs	

méthodes de collecte de données, dont les questionnaires, auprès de plusieurs répondants afin de dresser un bilan global de l'élève	
Une démarche qui arrive à la suite d'un processus d'intervention lorsque celui-ci n'a pas porté fruit	
Une démarche spontanée basée sur des faits d'observation, afin de mettre en place des stratégies d'intervention	
Une démarche de dépistage des élèves en troubles du comportement afin de mettre en place des programmes d'intervention préventifs	

Parmi les choix de réponse suivants, lesquelles sont des raisons amenant le psychoéducateurs à évaluer les élèves (Vous pouvez choisir 2 raisons maximum)

Afin de référer l'élève dans d'autres services	
Pour des raisons administratives et l'émission d'une cote comportementale	
Pour cibler les stratégies d'intervention et orienter le plan d'intervention	
Pour connaître l'élève et ses besoins	
Pour que d'autres professionnels (médecin, psychologue, etc.) puissent émettre un diagnostic	

Caractéristiques personnelles de l'élève

Les prochaines questions portent sur l'évaluation des caractéristiques personnelles de l'élève. Pour chacune de ces caractéristiques, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) la fréquence dont vous tenez de ces différents aspects lorsque vous évaluez un élève qui présente un trouble du comportement.

Apparence physique	
Estime de soi	
Conception de soi	
Histoire scolaire et apprentissage	
Habilités cognitives	
Habilités intellectuelles	
Habilités langagières	
Habilités de régulation des émotions	
Habilités sociales, intégration et statuts sociaux	
Motivation scolaire et face à la tâche	
Niveau d'anxiété	
Perception qu'a l'élève de sa situation	
Relations avec les adultes	
Santé mentale et physique	
Stade de développement	
Humeur dépressive	
TDA/H	
Trouble de l'attachement	

Sur le plan des caractéristiques personnelles de l'élève cible, y a-t-il d'autres aspects dont vous tenez compte dans votre évaluation et qui n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon, passez à la question suivante (écrire non dans la case et cliquez suivant)

Pour une bonne compréhension clinique d'une problématique, tenir compte des caractéristiques personnelles de l'élève cible dans votre évaluation est selon vous :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, tenir compte des caractéristiques personnelles de l'élève cible dans votre évaluation est selon vous:

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

En quelques mots, faites-nous part des contraintes auxquelles vous pouvez être confrontés lorsque vous évaluez les caractéristiques personnelles de l'élève cible (si vous ne rencontrez pas de contrainte, écrivez «non» dans la case et cliquez sur suivant).

Les prochaines questions portent sur l'évaluation de l'environnement scolaire de l'élève cible. Pour chacun de ces aspects, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) la fréquence dont vous tenez compte de ces différents aspects lorsque vous évaluez un élève qui présente un trouble du comportement.

Différenciation de l'enseignement	
Directives et consignes de l'enseignant	
Techniques d'enseignement et stratégies pédagogiques	
Gestion de classe	

Climat de classe	
Aménagement de la classe	
Opportunités d'apprentissage que l'enseignant offre	
Relation maître-élève	
Attitude de l'enseignant envers l'élève cible	
Sentiment d'autoefficacité de l'enseignant	
Stress de l'enseignant	
Constance et cohérence des interventions à l'école	
Présence et qualité de la collaboration avec la maison	
Attentes consensuelles maison-école	
Encadrement des devoirs et leçons	
Opportunités d'apprentissage à la maison	

Sur le plan de l'environnement scolaire de l'élève cible, y a-t-il d'autres aspects dont vous tenez compte dans votre évaluation et qui n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon passez à la question suivante (écrire «non» dans la case et cliquer sur suivant)

Pour une bonne compréhension clinique d'une problématique, l'évaluation des aspects liés à l'environnement scolaire de l'élève est selon vous :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, l'évaluation des aspects liés à l'environnement scolaire de l'élève est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

En quelques mots, faites-nous part des contraintes auxquelles vous pouvez être confrontés lorsque vous évaluez l'environnement scolaire de l'élève cible. (si vous ne rencontrez pas de contrainte, écrivez «non» dans la case et cliquez sur suivant).

Les prochaines questions portent sur l'évaluation de l'environnement familial de l'élève cible. Pour chacun de ces aspects, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) la fréquence dont vous tenez compte de ces différents aspects lorsque vous évaluez un élève qui présente un trouble du comportement.

Aspects et différences culturelles	
Santé mentale des parents	
Santé physique des parents	
Niveau de scolarité des parents	
Conduites antisociales des parents	
Conflits conjugaux	
Support mutuel entre les parents	
Adaptabilité de la famille	
Cohésion de la famille	
Coercition des pratiques éducatives des parents	
Constance des pratiques éducatives des parents	
Cohérence des pratiques éducatives des parents	
Temps partagé parent-enfant	
Le style d'autorité des parents (laxiste, démocratique, etc.)	
Investissement des parents envers l'école	
Relation dans la fratrie	
Hostilité des parents	
Sensibilité des parents	
Niveau socioéconomique	
Histoire de vie de la famille	
Mobilité géographique (déménagement)	
Isolement social	
Conditions du travail des parents	
Différents types de crise familiale	
Rôle dans la famille	
Les frontières entre les générations	

Sur le plan de l'environnement familial de l'élève cible, y a-t-il d'autres variables dont vous tenez compte dans votre évaluation et qui n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon passez à la question suivante (écrire «non» dans la case et cliquer sur suivant)

Pour une bonne compréhension clinique d'une problématique, l'évaluation des aspects de l'environnement familial de l'élève cible est selon vous :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, l'évaluation des aspects de l'environnement familial de l'élève cible est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

En quelques mots, faites-nous part des contraintes auxquelles vous pouvez être confrontés lorsque vous évaluez l'environnement familial de l'élève cible. (si vous ne rencontrez pas de contrainte, écrivez «non» dans la case et cliquez sur suivant).

Les prochaines questions portent sur l'évaluation de l'environnement communautaire de l'élève cible. Pour chacun de ces aspects, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) la fréquence dont vous tenez compte de ces différents aspects lorsque vous évaluez un élève qui présente un trouble du comportement.

Étendu et qualité du réseau social de l'élève	
Disponibilité des ressources d'aide de la communauté	
Disponibilité des infrastructures socioculturelles	
Appartenance à une communauté ethnique	
Niveau de criminalité	
Niveau de défavorisation	
Implication et arrimage des différents services (CSSS, Centre Jeunesse, maison de jeunes, etc.)	

Sur le plan de l'environnement communautaire de l'élève cible, y a-t-il d'autres variables que vous évaluez et qui n'apparaissent pas dans la ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon, passez à la question suivante (écrire non dans la case et cliquez suivant)

Pour une bonne compréhension clinique d'une problématique, l'évaluation des aspects de l'environnement communautaire de l'élève cible est selon vous :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, l'évaluation des aspects de l'environnement communautaire de l'élève cible est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

En quelques mots, faites-nous part des contraintes auxquelles vous pouvez être confrontées lorsque vous évaluez l'environnement communautaire de l'élève cible (si vous ne rencontrez pas de contrainte, écrivez «non» dans la case et cliquez sur suivant).

Les prochaines questions portent sur les différentes méthodes employées par les psychoéducateurs pour collecter de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement

Pour chacune des méthodes, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) la fréquence d'utilisation de cette méthode de collecte d'information.

Afin de collecter de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève ayant un trouble du comportement, je

Consultation des dossiers antérieurs	
Anamnèse	
Dessins	
Entrevue individuelle	
Entrevue téléphonique	
Entrevue de groupe	

Entrevue dirigée	
Entrevue semi-dirigée	
Entrevue non-directive	
Passation de questionnaires normés et standardisés	
Passation de questionnaires maison	
Évaluation fonctionnelle du comportement (ABC)	
Observation systématique (par intervalle de temps, grille d'observation, etc.)	
Observation clandestine (caché)	
Observation participante	

Y a-t-il d'autres méthodes de collecte d'information que vous employez et qui n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon passez à la question suivante (écrire non dans la case et cliquez suivant)

Pour obtenir de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, vous qualifieriez l'observation participante comme étant :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique lorsque vous rassemblez de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, l'observation participante est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Pour obtenir de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, vous qualifieriez l'observation systématique (intervalle de temps, grille d'observation) comme étant :

Très utile	
------------	--

Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique lorsque vous rassemblez de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, l'observation systématique (intervalle de temps, grille d'observation) est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Pour obtenir de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, vous qualifieriez la passation de questionnaires standardisés comme étant :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique lorsque vous rassemblez de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, la passation de questionnaires standardisés est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Pour obtenir de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, vous qualifieriez l'entrevue comme étant :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique lorsque vous rassemblez de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement, mener des entrevues est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Les prochaines questions portent sur les différentes personnes auprès de qui vous collectez de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement

Pour chacune des personnes, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) la fréquence d'interrogation de ces personnes afin de collecter de l'information.

Lorsque j'effectue une évaluation psychoéducative d'un élève ayant un trouble du comportement, je collecte de l'information auprès

Parent	
Élève cible	
Famille élargie de l'élève	
Enseignants spécialistes	
Amis de l'élève cible	

Intervenants du service de garde	
Enseignant tuteur	
Intervenants responsables de l'heure du dîner	
Autres intervenants ou professionnels impliqués dans le dossier	
Autres membres du personnel de soutien	

Il y a-t-il d'autres répondants auprès de qui vous collectez de l'information qui n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon passez à la question suivante (écrire non dans la case et cliquez suivant)

Vous qualifieriez la collecte d'information auprès de l'élève cible comme étant :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, collecter de l'information auprès de l'élève cible est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Vous qualifieriez la collecte d'information auprès de l'enseignant tuteur comme étant :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, collecter de l'information auprès de l'enseignant tuteur est selon vous :

Faisable dans	
---------------	--

tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Vous qualifieriez la collecte d'information auprès des parents de l'élève cible comme étant :

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Très peu utile	
Ne s'applique pas	

Dans votre pratique, collecter de l'information auprès des parents de l'élève cible est selon vous :

Faisable dans tous les cas	
Faisable dans certains cas	
Faisable dans peu de cas	
Pratiquement pas faisable	
Absolument pas faisable	

Les prochaines questions portent sur les différents instruments de mesure employés par les psychoéducateurs pour collecter de l'information en vue d'effectuer une évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement.

Pour chacun des instruments de mesure ou méthode de collecte de données, indiquez sur une échelle allant de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 étant toujours) leur fréquence d'utilisation.

ASEBA (CBCL, TRF, YSR d' Achenbach)	
Approche de maturité interpersonnelle	
Bayley (BSID)	
Beck (anxiété)	
Beck (Dépression)	
Brigance	
CGAS (Fonctionnement global de l'enfant)	
Child Depression Inventory (CDI)	
Conners (TDAH)	
Dessins (famille, arbre, etc.)	
DISC (troubles de santé mentale)	
Dominique interactif	
EDC (Échelle des dimensions du comportement)	
Écomap-Écocarte	
Estime de soi (ETES, échelle toulousaine d'estime de soi)	
FACE (fonctionnement familial)	
Fluppy	
FAD (fonctionnement familial)	
Génogramme	
Gresham (habiletés sociales)	
Grille Ballon	
Grille Gilles Simard	
Grille d'évaluation fonctionnelle du comportement (ACC ou ABC)	
Grille d'observation du comportement	
Impact de l'inclusion d'un élève TC (IIQ)	
Indice de stress de l'enseignant (ITS)	
Indice de stress parental (ISP)	
Inventaire de la relation élève-enseignant (TSRI)	
Kovacs (CDI-dépression)	
MASPAQ	
Moos (échelle d'environnement familial)	
Protocole GRISE	
PARQ (acceptation et rejet parental)	
PARS (évaluation de l'accès aux ressources)	
Pier-Harris (concept de soi)	
Poulin (TDAH)	
Profil socioaffectif (PSA)	
Reasoner (estime de soi)	
Sentiment d'autoefficacité de l'enseignant (TES)	
Questionnaire sur l'environnement socio-éducatif (QES-primaire)	
Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)	
TOCA (observation)	
WISC-R	

Il y a-t-il d'autres instruments de mesure que vous utilisez lors de vos évaluations psychoéducatives d'un élève en difficulté de comportement qui

n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon passez à la question suivante (écrire non dans la case et cliquez suivant)

Parmi les choix de réponse suivants, indiquez les cadres théoriques qui guident votre pratique évaluative d'un élève en difficulté de comportement :

Psychodéveloppementale	
Cognitivo-comportementale	
Psychodynamique	
Comportemental (behavioriste)	
Systémique	
Écologique	
Humaniste	
Bio-psycho-social	

Il y a-t-il d'autres cadres théoriques qui guident votre pratique évaluative d'un élève en difficulté de comportement qui n'apparaissent pas dans la liste ci-haut? Si oui, nommez-les. Sinon passez à la question suivante (écrire non dans la case et cliquez suivant)

Avez-vous eu de la formation en évaluation psychoéducative d'un élève en difficulté de comportement durant la formation initiale en psychoéducation?

Non	
Oui, brièvement dans une période de cours consacrée à ce sujet	
Oui, dans plusieurs périodes de cours consacrées à ce sujet	
Oui, un cours complet a été consacré à ce sujet	
Oui, plus d'un cours ont été consacrés à ce sujet	

Avez-vous reçu de la formation continue en lien avec l'action professionnelle d'évaluer de façon psychoéducative un élève en difficulté de comportement les difficultés d'adaptation?

Non	
Oui, lors d'une brève formation intensive	
Oui, lors d'un atelier qui faisait un tour complet de la question	
Oui, un cours gradué sur le sujet	

Croyez-vous qu'une formation additionnelle sur l'évaluation psychoéducative des troubles du comportement en milieu scolaire primaire pourrait vous être bénéfique?

Oui, absolument	
Peut-être que oui	
Peut-être que non	
Non, absolument pas	

Avez-vous pris connaissance du guide d'évaluation psychoéducative émis par l'OPPQ?

Oui	
Non	Saut de question

Est-ce que le guide d'évaluation psychoéducative émis par l'OPPQ vous est utile dans votre contexte de travail?

Très utile	
Utile	
Peu utile	
Pas utile	

Est-ce que les lignes directrices du guide général d'évaluation émis par l'OPPQ sont applicables à votre réalité de travail?

Très applicable	Saut de question
Applicable	Saut de question
Peu applicable	
Pas applicable	

Dites-nous en quelques lignes les difficultés que vous rencontrez lors de l'application des lignes directrices du guide d'évaluation émis par l'OPPQ.

Dans votre pratique évaluative en général, faites-vous face à des contraintes de tout ordre? En quelques lignes, faites-nous part de ces contraintes :

Afin d'optimiser la pratique évaluative des psychoéducateurs en milieu scolaire primaire, que devrait-on améliorer?

Appendice H
Canevas d'entretien qualitatif (Article 2)

Questionnaire pour les champions, les cadres ou les directeurs de services pédagogiques.

Merci d'avoir accepté de participer au projet de recherche. Votre expertise permettra d'identifier les contraintes ou les conditions favorables pour l'utilisation du protocole. Pour ce faire, nous avons 5 questions (40 minutes au maximum seront nécessaires pour cette entrevue téléphonique).

Notre entretien téléphonique est enregistré et son contenu est entièrement confidentielle et ne pourra en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique et d'un nom fictif pour identifier le contenu de l'entrevue.

Répondez aux questions au meilleur de votre connaissance. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre perception qui compte.

Nom et prénom :

Dans quelle commission scolaire travaillez-vous?

1. Comment réagissent les membres de votre équipe face à l'utilisation du protocole?
2. Comment se sentent les membres de votre équipe face à l'utilisation du protocole?
3. Comment votre milieu soutient-il l'adoption de nouvelles pratiques?
4. Quelles sont les conditions qui pourraient faciliter l'utilisation de ce protocole dans votre milieu?
5. Quelles sont les conditions qui pourraient nuire à l'utilisation de ce protocole dans votre milieu?

Questionnaire concernant l'utilisation du protocole d'évaluation des TC pour les psychoéducateurs en milieu scolaire primaire

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au projet de recherche. Votre expertise permettra d'améliorer l'utilisation du protocole d'évaluation des élèves présentant des troubles du comportement. Pour ce faire, nous aimerions vous poser quelques questions. L'entrevue téléphonique durera 60 minutes maximum. Les entretiens seront enregistrés afin de faire un compte rendu fidèle de ce qui est dit. Le contenu de cette entrevue est entièrement confidentiel et ne pourra en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique et d'un nom fictif pour identifier le contenu de l'entrevue.

Pour réaliser l'entrevue, vous devez avoir en main le protocole d'évaluation.

Certaines questions sont ouvertes et d'autres sont à choix de réponse. Répondez au meilleur de votre connaissance. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre opinion et votre perception qui compte.

Identif :

Nom et prénom (ne pas poser la question) :

1. Questions générales

1.1 Avez-vous utilisé le protocole? Si oui, combien de fois? Sinon, pourquoi?

1.2 Dans quel but avez-vous utilisé le protocole (contexte, but, objectifs)?

1.3 En vous référant à la table des matières du document remis, qu'avez-vous utilisé dans le protocole ?

1.4 En vous référant à la table des matières du document remis, quelles sections du protocole vous semblent les plus utiles? Pourquoi?

1.5 En vous référant à la table des matières du document remis, quelles sections du protocole vous semblent les moins utiles? Pourquoi?

1.6 Est-ce que le protocole a changé votre pratique d'évaluation? Si oui, comment? Sinon, pourquoi? (Il faut approfondir, relancer, reformuler préciser)?

2. Questions en lien avec le premier niveau d'évaluation

(Demandez aux participants de se référer à la section portant sur l'évaluation fonctionnelle du comportement (ÉFC), page 11). Rappelez aux participants que le premier niveau d'évaluation est effectif pour des difficultés comportementales ponctuelles qui peuvent se résorber facilement. L'ÉFC découle de l'approche cognitivo-comportementale, elle tente de déterminer les antécédents, les cognitions qui précipitent le comportement, les facteurs et les fonctions qui maintiennent les comportements.

2.1 Que pensez-vous de l'approche cognitivo-comportementale pour guider le premier niveau d'évaluation des élèves présentant une difficulté comportementale ?

2.2 Aviez-vous déjà fait des évaluations fonctionnelles du comportement pour des élèves présentant des difficultés comportementales avant l'utilisation du protocole? Si oui, à quelle fréquence?

2.3 Que pensez- vous de la démarche proposée au premier niveau d'évaluation (ÉFC) pour évaluer les difficultés comportementales?

2.4 Que pensez- vous des formulaires d'entrevue d'ÉFC (annexe A-B-C-D, page 5 à 11)?

2.5 Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous qu'une ÉFC est utile pour comprendre les difficultés comportementales?

2.6 Sur une échelle de faisabilité allant de 1 (étant très difficile) à 5 (étant très facile), considérez-vous qu'une ÉFC est faisable dans votre contexte d'intervention?

2.7 Sur une échelle d'accord allant de 1 (pas d'accord du tout) à 5 (tout à fait en accord), considérez-vous que l'ÉFC facilite l'identification de cibles d'intervention?

2.8 Sur une échelle d'accord allant de 1 (pas d'accord du tout) à 5 (tout à fait en accord), considérez-vous que les formulaires d'entrevue d'ÉFC facilitent votre collecte de données?

3. Questions en lien avec le deuxième niveau d'évaluation

(Demandez aux participants de se référer à la section portant sur le bilan clinique et l'évaluation globalisante à la page 26 du document. Rappelez aux participants que le

deuxième niveau d'évaluation est recommandé pour des troubles du comportement persistants et plus intenses pouvant affecter le fonctionnement de l'élève dans plusieurs sphères de sa vie. Le deuxième niveau d'évaluation est basé sur les théories écosystémique et psychopathologie développementale qui expliquent les troubles du comportement par des interactions complexes entre différents facteurs de risques individuels et environnementaux tout au long du développement humain.

3.1 Que pensez-vous du cadre théorique écosystémique pour guider le processus d'évaluation des élèves présentant un trouble du comportement?

3.2 Que pensez-vous du cadre théorique psychopathologie développementale pour guider le processus d'évaluation des élèves présentant un trouble du comportement?

3.3 Que pensez-vous de l'approche du deuxième niveau d'évaluation (bilan clinique) pour évaluer les troubles du comportement ?

3.4 Que pensez-vous des instruments de mesure normés et standardisés proposés pour le dépistage des troubles intériorisés et extériorisés (ASEBA-CBCL ou SDQ)?

3.5 Que pensez-vous de l'approche différentielle proposée (page 38-39) pour identifier vos centrations d'évaluation?

3.6 Que pensez-vous de la carte conceptuelle proposée à la page 31?

3.7 Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous que l'approche différentielle des troubles du comportement est utile à l'identification de vos centrations d'évaluation?

3.8 Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous que la carte conceptuelle est utile à la compréhension de la situation problématique rencontrée par un élève présentant un trouble du comportement?

3.9 Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous que la carte conceptuelle est utile à la planification et la présentation des cibles d'intervention?

4. Questions en lien avec outils et les méthodes du protocole

4.1 Que pensez-vous de la procédure décisionnelle générale (page 9)?

4.3 En vous référant au cahier des annexes (page 3 et de 31 à 43), quels sont les outils que vous avez utilisés?

4.4 En vous référant au cahier des annexes (page 3 et de 31 à 43), quels sont les outils qui pourraient vous être utiles selon vous?

4.5 En vous référant au cahier des annexes (page 3 et de 31 à 43), quels sont les outils qui pourraient être inutiles selon vous?

4.6 Que pensez-vous d'utiliser plusieurs méthodes de collecte de données pour faire une évaluation (questionnaire, entrevue, observation)?

4.7 Que pensez-vous d'investiguer plusieurs milieux vie (école, salle de classe, maison) de l'élève pour faire une évaluation?

4.8 Que pensez-vous d'interroger plusieurs répondants (enseignants, parents, élève) pour faire une évaluation?

4.9 Que pensez-vous d'évaluer plusieurs dimensions du comportement (social, cognitif, biologique, affectif) de l'élève lorsque vous faites une évaluation?

4.10 Sur une échelle d'accord allant de 1 (pas d'accord du tout) à 5 (tout à fait en accord), considérez-vous que cette schématisation de la procédure générale (page 9) facilite votre prise de décision quant aux stratégies d'évaluation à prendre?

4.11 Aux pages 20 à 23, différentes méthodes d'observation sont présentées. Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous qu'il est utile pour votre pratique de présenter les différentes méthodes d'observation?

4.12 À la page 32, un tableau présente les informations pertinentes à collecter dans le dossier de l'élève. Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous qu'il est utile pour votre pratique de préciser les informations pertinentes à collecter dans le dossier de l'élève?

4.13 À la page 35, un tableau présente les informations pertinentes à collecter lors d'une entrevue d'anamnèse. Sur une échelle d'utilité allant de 1 (inutile) à 5 (très utile), considérez-vous qu'il est utile de préciser les informations pertinentes à collecter lors d'une entrevue d'anamnèse?

5. Questions en lien avec les contraintes des milieux

5.1 Quels sont les avantages d'utiliser ce protocole dans votre travail de psychoéducateur?

5.2 Quels sont les désavantages d'utiliser ce protocole dans votre travail de psychoéducateur?

5.3 Quelles sont les conditions qui facilitent l'utilisation de ce protocole dans votre milieu?

5.4 Quelles sont les conditions qui entravent à l'utilisation de ce protocole dans votre milieu?

Répondez aux énoncés suivants à l'aide de l'échelle d'accord suivant (1 Pas du tout d'accord et 5 tout à fait en accord)

5.5 Le support de votre direction d'école ou de votre commission scolaire à l'égard de vos actions évaluatives est adéquat.

5.6 Votre direction d'école ou votre commission scolaire fournit les ressources suffisantes pour effectuer vos évaluations.

5.7 Votre direction d'école ou votre commission scolaire a un regard positif face à vos actions évaluatives.

6. Questions en lien avec la formation et la documentation du protocole

6.1 Que pensez-vous de la documentation fournie (protocole, annexe d'outils)?

6.2 Que pensez-vous de la formation donnée sur le protocole d'évaluation?

Répondez aux énoncés suivants à l'aide de l'échelle d'accord suivant (1 Pas du tout d'accord et 5 tout à fait en accord)

6.3 La documentation décrit clairement le modèle conceptuel ou théorique à la base du protocole.

6.4 La documentation décrit de manière détaillée les stratégies d'évaluation à employer.

6.4 La durée de la formation était adéquate (précisez)

7. Question en lien avec l'identité professionnelle et la démarche évaluative

7.1 Comment la démarche d'évaluation proposée peut influencer l'identité professionnelle des psychoéducateurs en milieu scolaire?

Répondez aux énoncés suivants à l'aide de l'échelle d'accord suivant (1 Pas du tout d'accord et 5 tout à fait en accord)

7.2 Vous percevez positivement l'adoption d'une démarche systématique d'évaluation des troubles du comportement à l'aide du protocole.

7.3 Vous êtes motivé à acquérir de nouvelles méthodes de travail en évaluation.

7.4 Grâce au protocole d'évaluation, vous allez enrichir mes méthodes de travail.

7.5 Ce protocole va améliorer votre pratique clinique.

7.6 Ce protocole va vous apporter des bénéfices professionnels.

7.7 L'utilisation de ce protocole a des effets positifs sur les élèves.

7.8 Il est possible d'appliquer ce protocole dans votre pratique.