

**IDENTIFICATION PRECOCE DES TROUBLES EMOTIONNELS ET
COMPORTEMENTAUX CHEZ LES ENFANTS EN AGE SCOLAIRE
(6 A 12 ANS)**

Prototype d'un outil de dépistage destiné aux enseignants

Daniela Gäng-Pacífico

Thèse de doctorat présentée devant la
Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg en Suisse.

Approuvée par la Faculté des Lettres sur proposition des professeurs

Dr Gérard Bless

Dr Jean-Luc Gurtner

La Doyenne Prof. Dr Bernadette Charlier

Fribourg, le 23 juin 2016

REMERCIEMENTS

L'élaboration d'une thèse est un magnifique défi intellectuel dont le cheminement solitaire n'a d'égal que l'enrichissante contribution de toutes les personnes ayant permis son aboutissement. Je tiens à exprimer ma reconnaissance et mes chaleureux remerciements à toutes celles et tous ceux qui m'ont accompagné dans cet accomplissement :

Le Professeur Gérard Bless, pour sa disponibilité durant toute la période de réalisation de ce travail, pour ses conseils et ses critiques avisés, ses encouragements et son soutien soutenu dans les moments les plus difficiles.

Dr Thomas Gumpel de l'Université Hébraïque de Jérusalem pour m'avoir chaleureusement accueillie dans son département durant deux semaines et initiée aux défis de la psychométrie.

Dr Myriam Squillaci, pour sa confiance, ses encouragements et ses remarques avisées qui nourrissent ma réflexion et mes analyses depuis de nombreuses années.

Mes collègues, Dr Rachel Solomon Tsehaye, Lionel Alvarez, Cindy Diacquenoud, Sophie Torrent et Dr Barbara Fontana qui ont contribué par leur discussion, leur soutien et leur relecture à la réalisation de ce projet. Un merci particulier à Céline Pagnotta pour ses nombreuses relectures et ses conseils.

Les enseignants du cycle primaire, les enseignants spécialisés du canton de Fribourg et les psychologues qui ont mis leur temps à disposition et participé à l'élaboration de la Grille d'Observation.

Dr Brigitte Sion, pour sa relecture et ses remarques acérées.

Bruno Gäng, pour avoir mis à contribution son talent de graphiste et apporté la touche finale à la Grille d'Observation.

Fabien et Amélia, ma famille, en particulier mon père, Nella, Sandro et Vincenza, pour leur amour inconditionnel, leur patience et leur soutien indéfectible. Je dédie cette thèse à ma mère, z"l, partie trop tôt, à mes grand-mères, z"l, et à mes tantes qui, grâce à leur foi, leur audace et leur amour, ont ouvert la route à la réalisation de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Table des matières	4
1. Introduction	8
2. Cadre théorique des troubles émotionnels et comportementaux	11
2.1. Psychopathologie développementale	11
2.1.1. Approches dimensionnelles et nosologiques des troubles émotionnels et comportementaux	13
2.1.2. Classification empirique des troubles émotionnels et comportementaux	14
2.1.3. Critères diagnostiques des troubles émotionnels et comportementaux dans le DSM-IV-TR	18
2.1.4. Apports et limites du DSM-IV-TR dans l'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux chez l'enfant	35
2.1.5. Contribution du DSM-5 aux troubles émotionnels et comportementaux	36
2.1.6. Trajectoire développementale des troubles émotionnels et comportementaux	38
2.1.7. Comorbidité entre les différents troubles émotionnels et comportementaux	41
2.2. Contexte de développement des troubles émotionnels et comportementaux	43
2.2.1. Développement de l'enfant de 6 à 12 ans	43
2.2.2. Manifestations des troubles émotionnels et comportementaux à l'école	47
2.2.3. Interactions bidirectionnelles entre l'enseignant et l'élève souffrant de troubles émotionnels et comportementaux	49
2.2.4. Attitudes et perceptions des enseignants confrontés aux troubles émotionnels et comportementaux	50
2.2.5. Utilisation des services en santé mentale à l'école par les enseignants	51
2.3. Dépistage et interventions précoces	52
2.3.1. Identification et intervention précoce des troubles émotionnels et comportementaux à l'école	53
2.3.2. Inventaires de comportements et outils de dépistage	60
2.3.3. Revue de la recherche sur le dépistage précoce des troubles émotionnels et comportementaux	62
2.4. Considérations sur les outils de dépistage et contribution aux objectifs de recherche	73
3. Principes psychométriques pour l'édification d'un outil de dépistage	77

3.1.	Construit et contenu mesurés _____	80
3.2.	Format des items _____	81
3.3.	Principes de sélection et de rédaction des items _____	83
3.4.	Mode de passation _____	84
3.5.	Etablissement des scores _____	84
3.6.	Validation _____	85
4.	<i>Edification d'un outil de dépistage en psychopathologie développementale</i> _____	88
4.1.	Composition des items du questionnaire _____	88
4.1.1.	Taxonomies empirique et médicale _____	89
4.1.2.	Référentiel d'observation à l'usage des médecins _____	92
4.1.3.	Liste des manifestations de la dépression en classe _____	94
4.1.4.	Sélection et rédaction des items _____	96
4.1.5.	Questionnaire avant la première mise à l'essai _____	97
4.2.	Protocoles et manuel de passation _____	101
4.2.1.	Protocole de passation pour la première mise à l'essai des items _____	101
4.2.2.	Protocole de passation pour la seconde mise à l'essai des items _____	101
4.2.3.	Compilation du manuel de passation _____	102
4.3.	Plan de recherche _____	103
5.	<i>Méthode</i> _____	105
5.1.	Analyse qualitative _____	105
5.2.	Analyse quantitative des items _____	106
5.2.1.	Mise à l'essai des items _____	107
5.2.2.	Etablissement du seuil à risque et de signalement _____	112
5.2.3.	Etude des qualités psychométriques _____	114
5.3.	Echantillons _____	115
5.3.1.	Constitution du premier échantillon _____	116
5.3.2.	Constitution du second échantillon _____	117
6.	<i>Résultats</i> _____	121
6.1.	Mise à l'essai des items du premier échantillon _____	121
6.1.1.	Indice de difficulté des items _____	122

6.1.2.	Analyse factorielle _____	125
6.1.3.	Analyse de consistance et de cohérence interne _____	129
6.1.4.	Révision du questionnaire _____	131
6.2.	Mise à l'essai des items du second échantillon _____	133
6.2.1.	Indice de difficulté des items _____	134
6.2.2.	Analyse factorielle _____	135
6.2.3.	Analyse de la consistance et de la cohérence interne _____	142
6.2.4.	Version révisée du questionnaire _____	144
6.3.	Analyse de normalité pour l'établissement des seuils à risque et de signalement ____	147
6.3.1.	Transformation des scores bruts en T-scores : garçons _____	147
6.3.2.	Transformation des scores bruts en T-scores : filles _____	149
6.4.	Analyse de corrélation entre la Grille d'Observation et le Teacher Report Form ____	151
7.	<i>Prototype de la Grille d'Observation _____</i>	154
7.1.	Les données personnelles de l'enfant _____	154
7.2.	Questionnaire de la Grille d'Observation _____	155
7.3.	Transcription et interprétation des résultats du questionnaire _____	155
7.4.	Propositions d'interventions aux trois niveaux de prévention _____	157
8.	<i>Discussion sur l'édification d'un outil de dépistage a l'intention des enseignants_</i>	158
8.1.	Apports et limites liés à l'édification de la Grille d'Observation _____	158
8.2.	Interprétation des résultats empiriques _____	160
8.3.	Implantation de la Grille d'Observation sur le terrain _____	164
8.4.	Réplications ultérieures et développements futurs _____	167
9.	<i>Conclusion _____</i>	169
10.	<i>Répertoires _____</i>	173
10.1.	Table des figures _____	173
10.2.	Table des tableaux _____	173
10.3.	Bibliographie _____	176
11.	<i>Résumé _____</i>	205
	Mots-clés : _____	205

Annexes _____ **206**

Curriculum vitae _____ **232**

1. INTRODUCTION

Il est révolu le temps où l'enfance était envisagée comme une période heureuse et insouciante. Depuis une quarantaine d'années, les troubles psychiques infanto-juvéniles suscitent un grand intérêt scientifique en raison de leurs atteintes sur la santé mentale et leurs répercussions sur le développement des enfants et des adolescents. Compte tenu d'une prévalence élevée, conjuguée à une absence de service pour une grande partie de cette population, les troubles mentaux dans l'enfance et l'adolescence sont actuellement considérés comme un problème majeur en santé publique dans de nombreux pays industrialisés (Abella et Manzano, 2006 ; Breton et Valla, 2001). Les troubles mentaux rencontrés dans l'enfance trouvent leur origine dans une grande variété de facteurs génétiques, interpersonnels, sociaux (Perring, 2006), familiaux et environnementaux (Cummings, Davies et Campbell, 2000). A l'instar de certains syndromes ou maladies génétiques et héréditaires (p. ex., syndrome de Down ou de Rett, maladie de Gilles de la Tourette), la genèse des troubles émotionnels et comportementaux est à chercher dans l'interaction des facteurs de risque et de protection. Lorsque l'enfant ne parvient plus à mobiliser les ressources requises pour surmonter le stress dû aux aléas de la vie et aux tracasseries quotidiens, il encourt le risque de développer des troubles émotionnels et comportementaux. Si ces troubles ont été ignorés durant de nombreuses années, aujourd'hui, leurs conséquences délétères, leur comorbidité élevée, leur retentissement sur le fonctionnement psychosocial, individuel et familial sont mieux connus (Purper-Ouakil et Bailly, 2002). Leurs effets négatifs ont une incidence sur les performances scolaires, la socialisation et la construction identitaire. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2005) recommande la mise à disposition dès le plus jeune âge de mesures de prévention et de soutien adaptées à la population infanto-juvénile souffrant de troubles mentaux. Une prise en charge précoce a pour but d'éviter la chronicisation des difficultés inhérentes aux troubles connus pour réduire les perspectives d'avenir.

Pour lutter efficacement contre l'apparition et la péjoration des troubles émotionnels et comportementaux, la recherche s'accorde sur la nécessité de les dépister et de les signaler précocement (Farrell et Barrett, 2007 ; Greenberg, Domitrovich et Bumbarger, 2001 ; Pössel, Baldus, Horn, Groen et Hautzinger, 2005), dans le but d'offrir aux enfants concernés l'accès à des interventions adaptées. A cet effet, des instruments de dépistage et des moyens de prévention s'avèrent indispensables dès l'entrée à l'école. Différentes raisons justifient cette approche préventive. La frontière entre le développement normal et pathologique s'avère difficilement identifiable en l'absence d'outils ajustés. Tant les enseignants que les parents

manquent de moyens pour favoriser une démarche diagnostique et thérapeutique précoces. La prévalence d'enfants (6 à 12 ans) concernés par cette problématique est élevée et les traitements proposés sont encore insuffisants (Abella et Manzano, 2006). Comme le démontre une majorité de recherches en santé mentale, seule une infime proportion d'enfants souffrant de trouble mentaux reçoit un traitement adapté (Costello, Egger et Angold, 2005). Pour ces auteurs, un grand nombre de troubles psychiques à l'âge adulte ont leur origine dans l'enfance, ils engendrent un coût social et financier conséquent à long terme. Les directives en santé mentale de l'OMS ne sont pas considérées prioritaires par la majorité des pays occidentaux qui rechignent à libérer suffisamment de subsides pour financer les mesures de préventions primaires et secondaires dans la population infanto-juvénile (Belfer, Remschmidt, Nurcombe, Okasha et Sartorius, 2007 ; Costello et al., 2005). La littérature scientifique met en exergue le manque dans les écoles d'instruments de dépistage, de programmes de prévention et de formation spécifique sur les troubles mentaux dans l'enfance et l'adolescence. Dans le cadre d'une recherche antérieure, les enseignants du cycle primaire et les enseignants spécialisés ont exprimé la pertinence de disposer d'un outil pour identifier et signaler les élèves en souffrance psychique (Pacífico, 2010). Le projet de cette thèse consiste à établir un prototype d'outil de dépistage afin de favoriser la détection précoce des troubles émotionnels et comportementaux par les enseignants chez des enfants en âge scolaire. La fonction de cet instrument consiste à soutenir les observations et les évaluations quotidiennes réalisées par les enseignants. Pour ce faire, cette thèse s'oriente autour de trois objectifs de recherche principaux, à savoir :

- Edifier un outil de dépistage,
- Identifier les caractéristiques des troubles émotionnels et comportementaux durant l'enfance,
- Définir les conditions nécessaires à l'implantation d'un outil de dépistage dans les écoles.

Afin d'atteindre ces objectifs de recherche, la démarche retenue englobe un volet théorique (chapitres 2-3), méthodologique (chapitres 4-5) et empirique (chapitres 6-7). L'apport théorique repose sur un postulat considérant que lorsque les troubles émotionnels et comportementaux sont identifiés dès l'apparition des premiers symptômes, l'enfant bénéficie d'une intervention ciblée précoce et augmente ses chances de poursuivre son processus développemental dans une trajectoire positive. Dans cette perspective, les troubles émotionnels et comportementaux sont définis à la lumière des conceptions de la psychopathologie développementale. Ce champ théorique met l'accent sur la manière dont les problèmes émotionnels et comportementaux apparaissent et évoluent au cours du développement (Huberty, 2012). Afin d'identifier et de prévenir les troubles, les manifestations d'ordre développemental sont à

distinguer de celles considérées comme préjudiciables au développement. La constitution d'une banque d'items à partir des approches nosologiques et dimensionnelles offre une définition des troubles émotionnels et comportementaux la plus exhaustive possible. Les troubles émotionnels et comportementaux sont contextualisés durant la période de développement de l'enfance et dans le cadre scolaire. La définition des concepts liés à la détection et la prévention précoce et une revue de la recherche mettent en exergue l'efficacité des outils de dépistage utilisés par les enseignants. Une fois, le construit théorique circonscrit, les principes psychométriques sont exposés en vue de l'édification d'un outil de dépistage.

L'apport méthodologique consiste, dans un premier temps, à composer le questionnaire de l'outil de dépistage à partir de la banque d'items sur la base des principes édictés au chapitre précédent. Les instructions liées à la passation des premières versions de l'outil de dépistage et le plan du manuel de passation sont rédigés en respectant les critères méthodologiques et rédactionnels recommandés par les "Standards for Educational and Psychological Testing" (American Educational Research Association, 1999). Dans un second temps, le choix de la méthode d'analyse des données empiriques est présenté. Les échantillons des deux passations composés d'élèves de la 3^{ème} à la 6^{ème} Harmos du canton de Fribourg sont décrits.

Le volet empirique est constitué de la présentation des résultats obtenus lors des deux passations et du prototype de l'outil de dépistage. La composition du questionnaire est évaluée à l'aide de méthodes statistiques, les items peu performants sont éliminés. Une fois la version définitive obtenue, les seuils à risque et de signalement sont établis. Une investigation de la validité et de fidélité est réalisée afin de déterminer si le questionnaire mesure les comportements qu'il est censé évaluer. L'agencement de l'apport théorique et des résultats empiriques conduisent à la création d'un prototype d'outil de dépistage à l'intention des enseignants.

Les apports et les limites de l'édification d'un outil de dépistage sont interprétés et mis en perspectives à la lumière des études réalisées dans le domaine du dépistage et de l'intervention précoce. Après une synthèse générale et une critique des aspects théoriques et méthodologiques, ce travail de thèse se termine par une réflexion sur les perspectives futures de l'identification et des interventions précoces des troubles émotionnels et comportementaux.

2. CADRE THEORIQUE DES TROUBLES EMOTIONNELS ET COMPORTEMENTAUX

Confrontés à un évènement stressant, certains individus sont perturbés par l'expérience vécue et en subissent les conséquences. Dans des conditions similaires, d'autres personnes sont capables de développer des mécanismes d'adaptation pour surmonter les difficultés et continuer à vivre normalement. Ces variations sont difficiles à interpréter car des facteurs de risque et de protection endogènes et exogènes interagissent et se cumulent entre eux pour augmenter ou diminuer les risques de développer des troubles émotionnels et comportementaux (Drabick, Kendall et Philip, 2010). Ce phénomène est d'autant plus prégnant dans la population infanto-juvénile car il subit l'influence du processus développemental. Malgré une prévalence élevée, l'entourage peine à identifier les troubles émotionnels et comportementaux, en particulier chez les enfants en âge scolaire. Le corps enseignant manque de critères d'évaluation pour reconnaître si le degré de gravité d'un comportement inadapté nécessite les services de professionnels de la santé mentale (Dwyer, Nicholson et Battistutta, 2006 ; Ministerial Advisory Committee Students with Disability, 2007). Ce constat amène à se poser la question des moyens favorisant le dépistage et les interventions précoces à l'école. Afin d'éviter une chronicisation des troubles (Lambros, Ward, Bocian, MacMillan et Gresham, 1998) et de diminuer les répercussions immédiates et à long terme (Abella et Manzano, 2006), des mesures préventives et thérapeutiques sont à instaurer dès l'apparition des premiers signes. Puisqu'une grande partie du travail de l'enseignant réside dans l'observation et l'évaluation des élèves, la mise à disposition d'un outil de dépistage conçu à son intention a pour but de renforcer ses compétences dans l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux en vue d'une intervention adaptée par les services compétents. L'objectivation de ces considérations liminaires s'appuie sur les conceptions théoriques des troubles émotionnels et comportementaux issues du champ de la psychopathologie développementale.

2.1. Psychopathologie développementale

Le paradigme de la psychopathologie développementale explique et analyse les phénomènes psychopathologiques survenant au cours du développement comme l'expression d'une trajectoire développementale (Perret et Faure, 2006a). Ce courant s'est fondé en

grande partie sur les théories de l'attachement de Bowlby (2007a, 2007b), les travaux réalisés depuis lors s'inscrivent dans la continuité de son œuvre (Perret et Faure, 2006b). Son but est de permettre une compréhension des processus conduisant à un développement normal ou dysfonctionnel de l'enfant (Sameroff et Mackenzie, 2003). Le champ de la psychopathologie développementale a donné naissance aux modèles transactionnels qui conçoivent le développement comme un processus en interdépendance avec le contexte personnel et environnemental de l'enfant, le trouble résulte de l'incapacité à développer des stratégies d'adaptation lors de situations de stress (Perret et Faure, 2006b). Les relations parents-enfants sont envisagées sous l'angle d'une multitude de transactions dynamiques entre l'enfant, son environnement et ses parents qui s'influencent entre elles (Sameroff et Chandler, 1975, cité par Breton et Valla, 2001 ; Garmezy et Masten, 1994 ; Lewis, 2000 ; Sameroff et Mackenzie, 2003). Ces attributs individuels et environnementaux se modifient mutuellement grâce aux boucles d'interactions (Sameroff et Mackenzie, 2003). Dès lors, le développement consiste en un processus actif et dynamique. Les aspects cognitifs et affectifs de l'individu impliqués dans ce mouvement donnent du sens aux expériences vécues. Pour Garmezy et Masten (1994), il est primordial de prendre en considération ces interactions transactionnelles et leurs effets bidirectionnels sur les relations parents-enfant pour comprendre un contexte familial aversif ou une situation scolaire difficile.

La psychopathologie développementale met l'accent sur une causalité multifactorielle et identifie les processus dynamiques sous-jacent au dysfonctionnement émotionnel et comportemental, à la lumière du développement normal de l'enfant (Cummings et al., 2000). Cette conception des troubles émotionnels et comportementaux chez l'enfant permet de comprendre les origines et les trajectoires des comportements inadaptés, ainsi que leur accommodation aux différents stades de développement (Rutter et Sroufe, 2000). Les effets de l'adaptation s'inscrivent à chaque étape du développement par ce processus transactionnel entre l'enfant et son environnement (Wyman et al., 1999). L'ajustement positif ou négatif à la situation de stress vécue par l'enfant résulte de son habileté à utiliser les ressources internes et externes. Si l'enfant parvient à atteindre un nouvel équilibre en développant des stratégies d'adaptation adéquates, il ressentira du bien-être et tirera profit de l'expérience vécue (Spence et al, 2005). Par contre, si l'enfant, ne parvient pas à mobiliser les ressources disponibles pour contrôler la situation, il est probable qu'il adopte des stratégies d'adaptation inadéquates (Terrisse, Larose et Lefebvre, 2001). A la longue, l'utilisation systématique de stratégies inefficaces pour surmonter les situations difficiles favorise l'installation de comportements inadaptés et leur évolution en trouble émotionnels et comportementaux. La compréhension des mécanismes à l'origine de la psychopathologie chez l'enfant ouvre la voie à de

nouvelles pistes d'intervention ciblées et à des moyens efficaces pour identifier les signes avant-coureurs des troubles (Cummings et al., 2000). L'outil de dépistage en cours d'édification s'inscrit dans cette perspective afin d'identifier le fonctionnement inadapté et les manifestations inappropriées de l'enfant en contexte de la classe. A cet effet, la psychopathologie développementale préconise de définir les critères d'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux en cours du développement à la lumière de deux approches différentes.

2.1.1. Approches dimensionnelles et nosologiques des troubles émotionnels et comportementaux

En raison de la causalité multidimensionnelle des troubles émotionnels et comportementaux, la classification ou la définition idéale des troubles émotionnels et comportementaux n'existe pas (Cullinan, 2007a). La psychopathologie développementale préconise l'utilisation de deux approches qui envisagent la nature des troubles de manière différente. Ce principe garantit une définition plus exhaustive et palie le manque de critères diagnostiques lorsque les symptômes sont discrets et atypiques (Drabick et al., 2010). L'approche dimensionnelle ou statistique part du principe que les troubles émotionnels et comportementaux sont des problèmes qui découlent de comportements, d'émotions et de pensées ordinaires expérimentés de manière plus extrême tant dans l'intensité, la fréquence que la durée (Cullinan, 2007b ; Huberty, 2012). L'approche nosologique ou médicale établit des catégories de troubles sur la base de critères diagnostiques (Drabick et al., 2010). Dans cette perspective, le trouble est perçu comme un phénomène exceptionnel, à savoir une maladie qui requiert un traitement médical. Les manques et les limites de ces approches étant scientifiquement connus, les futures classifications ont avantage à les intégrer toutes les deux (Frick, Kamphaus et Barry, 2010). En réunissant les définitions (APA, 2003, 2015 ; Cullinan, 2007b; Frick et al., 2010), les troubles émotionnels et comportementaux se caractérisent par des excès ou des déficits comportementaux qui sont :

- **Externalisés** : déficit de l'attention/hyperactivité, trouble oppositionnels avec provocation et trouble des conduites dans le DSM-IV-TR (DSM-5) ;
- **Internalisés** : troubles anxieux (anxiété de séparation, anxiété généralisée) et troubles dépressifs (épisode dépressif majeur, trouble dysthymique) dans le DSM-IV-TR (DSM-5).

A moins qu'un trouble ne soit spécifiquement énoncé dans les publications consultées (p. ex. : trouble anxieux, trouble des conduites, etc.), l'utilisation de la terminologie dimension-

nelle (troubles émotionnels ou internalisés, troubles comportementaux ou externalisés) est privilégiée. Cette décision se justifie dans le sens qu'un outil de dépistage sert avant tout à identifier des manifestations émotionnelles et comportementales en vue d'un signalement en psychologie scolaire. Il n'a pas pour vocation de poser un diagnostic de troubles spécifiques. En principe, la terminologie définie dans la classification diagnostique du DSM s'applique uniquement lorsqu'un diagnostic est posé à la suite d'un avis médical ou psychologique.

2.1.2. Classification empirique des troubles émotionnels et comportementaux

L'approche dimensionnelle se base sur des analyses empiriques (analyse factorielle) à partir d'échelles d'évaluation comportementales complétées par les parents et les enseignants (Gresham et Kern, 2007 ; Quay, 1986a). Les comportements des enfants sont regroupés à l'aide de cluster soit dans le type internalisé pour les comportements considérés comme contenus et émotionnels, soit dans le type externalisé pour les comportements considérés comme ostensibles et perturbateurs (Huberty, 2012). Un syndrome se forme lorsque des comportements observables corréleront fortement les uns avec les autres (Frick et al., 2010). C'est dans un article datant de 1978 qu'Achenbach et Edelbrock¹ ont introduit pour la première fois les termes "externalisé" et "internalisé" pour définir les troubles psychologiques dans l'enfance (Frick et al., 2010). L'approche empirique de la classification des troubles psychologiques dans l'enfance est athéorique et descriptive (Cummings, 2000). Plusieurs éléments distinguent la classification dimensionnelle de celle du DSM, à savoir : les comportements sont cotés quantitativement plutôt qu'évalués présents ou absents, les diagnostics sont élaborés à partir de données empiriques quantitatives plutôt que sur la base de jugements subjectifs entre cliniciens, le seuil et le degré de psychopathologie sont souvent obtenus à partir de scores délimités selon l'âge et le sexe (Gresham et Kern, 2007). La classification empirique de Quay (1986a) choisie pour l'élaboration de l'outil de dépistage identifie deux groupes distincts. Ces dimensions sont apparentées aux troubles émotionnels ou internalisés et aux troubles comportementaux ou externalisés.

2.1.2.1. Les dimensions des troubles émotionnels ou internalisés

Du fait même de leur définition, les troubles internalisés tendent à décrire l'état intérieur de la personne. Par conséquent, le problème émotionnel est perçu subjectivement par

¹ Achenbach, T.M., et Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.

l'enseignant contrairement aux manifestations des problèmes comportementaux qui sont observables (Merrell, 2008a). La symptomatologie des troubles internalisés se caractérise principalement par des émotions et des comportements fortement contenus qui sont difficilement reconnaissables. Merrell (2008b) qualifie ces manifestations de "overcontrolled symptoms", l'inadaptation émotionnelle et cognitive se déploie surtout à l'intérieur de l'individu comme l'indique le terme "internalisé". Les troubles internalisés se manifestent généralement par un retrait social, une timidité excessive, de la peur, de l'inhibition, de l'anxiété ou encore des plaintes somatiques et s'accompagnent souvent d'une diminution de l'estime de soi, de problèmes scolaires, de relations sociales amoindries, de chronicisation des troubles mentaux, d'abus de substances toxiques, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide (Eisenberg et al., 2001 ; Kovacs et Devlin, 1998 ; Lambros, et al., 1998 ; Merrell, 2008b). Ces manifestations mises en exergue par les recherches précitées figurent dans les dimensions des troubles internalisés.

Quay et La Greca (1986) ont identifié trois dimensions regroupant les difficultés émotionnelles et comportementales liées aux troubles internalisés. La dimension "anxiété-retrait-dysphorie" correspond aux caractéristiques qui ont trait aux symptômes anxieux et dépressif chez l'enfant. La dimension "schizoïde-passif" regroupe les caractéristiques du retrait social et de la personnalité introvertie. La dimension "déficit social" décrit un répertoire social limité sans que l'on puisse parler pour autant de pathologie. Les aspects comportementaux et émotionnels répertoriés dans les deux premières dimensions entrent dans la définition des troubles internalisés, quant à la troisième, elle sert à renforcer la description du déficit social qui est considéré comme un signe avant-coureur des troubles internalisés (Rende, 1993). Les manifestations répertoriées dans le tableau ci-dessous sont considérées comme des signes observables en classe chez les élèves susceptibles de présenter des troubles internalisés.

Tableau 1. *Les dimensions des problèmes internalisés de Quay et La Greca (1986, pp. 79-80, traduction libre)*

Anxiété-retrait-dysphorie	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Anxieux, peureux, tendu ⇨ Timide, timidité excessive ⇨ Déprimé, triste, perturbé ⇨ Hypersensible, facilement blessé ⇨ Sentiment d'infériorité et de non-valeur ⇨ Sentiment de gêne, facilement embarrassé ⇨ Manque de confiance en soi ⇨ Facilement nerveux et troublé ⇨ Pleure fréquemment ⇨ Distant ⇨ Inquiet
Schizoïde-passif	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Refuse de parler ⇨ Retrait

	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Timide, timidité excessive ⇨ Froid et passif ⇨ Manque d'intérêt ⇨ Triste ⇨ Regard vide ⇨ Confus, troublé ⇨ Aime être seul
Déficit social	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Pauvres relations avec les pairs ⇨ Aime être seul ⇨ Est souvent taquiné par les autres ⇨ Préfère être avec des enfants plus jeunes ⇨ Reste avec les adultes, est ignoré par les pairs

Ces comportements et ces attitudes se caractérisent par une modalité d'expression plutôt discrète en classe. Il est souvent plus aisé d'appréhender les conséquences des troubles internalisés que leurs signes précurseurs et leurs symptômes. La forme contenue de ces manifestations n'empêche pas des répercussions sur la vie scolaire, allant jusqu'à la perturber aussi fortement que les troubles externalisés.

2.1.2.2. Les dimensions des troubles comportementaux ou troubles externalisés

En principe, les problèmes externalisés se distinguent par des comportements agressifs, antisociaux ou hyperactifs même si parfois ils sont associés à un état dépressif ou anxieux. En général, l'irritabilité, l'intolérance à la frustration et les crises de colère sont des facteurs prédictifs de problèmes comportementaux externalisés, (Eisenberg et al., 2001). Ces comportements perturbateurs sont difficilement contrôlables (Merrell, 2008a). Ils impliquent souvent la violation des normes sociales, la destruction des biens d'autrui et la volonté de nuire aux autres (Keil et Price, 2006). L'enfant affecté par un trouble comportemental subit autant les conséquences de ses propres actes que son entourage.

Trois dimensions principales des troubles externalisés sont mises en évidence par Quay (1986b). Le "trouble asocial des conduites agressives" est caractérisé par une palette de comportements négatifs et oppositionnels, assimilables dans le DSM-IV-TR aux troubles oppositionnels avec provocation. Le "trouble socialisé des conduites agressives" décrit des problèmes de comportement dont le but consiste être accepté socialement dans un groupe de pairs déviants ou antisociaux (Merrell, 2008a). La différence principale de ces deux dimensions est l'âge d'apparition des manifestations déviantes. Les seconds critères se rencontrent davantage à la préadolescence et à l'adolescence (Quay, 1986a). Les élèves des deux premiers cycles primaires sont rarement concernés par ce type de comportements. La prise en considération de ce cluster a un but prédictif. Il fournit une série de comportements déviants qui touche davantage la classe d'âge 10 à 12 ans. Cette deuxième dimension

s'apparente aux troubles des conduites dans le DSM-IV-TR. Le troisième cluster regroupe les manifestations présentes dans les déficits de l'attention avec/sans hyperactivité. Cette catégorie de comportements figure dans les troubles externalisés car leurs manifestations s'expriment bruyamment contrairement aux manifestations des troubles internalisés (Merrell, 2008a). Le tableau ci-dessous décrit les comportements observables de ces trois catégories externalisées.

Tableau 2. *Les dimensions des problèmes externalisés de Quay (1986b, pp.40-42, traduction libre)*

<p>Trouble asocial des conduites agressives</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Comportements agressifs (bagarre, coups) ⇒ Comportement désobéissant et provocateur ⇒ Accès de rage ⇒ Comportement destructeur ⇒ Impertinence, non coopérant ⇒ Recherche d'attention ⇒ Comportement abusif et menaçant ⇒ Comportement perturbateur et accaparant ; bruyant et turbulent ⇒ Irritable et explosif ⇒ Négativité et déni ⇒ Malhonnête, pas digne de confiance
<p>Trouble socialisé des conduites agressives</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mauvaises fréquentations ⇒ Absentéisme scolaire, fugue de la maison ⇒ Membre d'un gang ⇒ Vol en bande, vol à la maison ⇒ Mensonge et tricherie ⇒ Sortie tardive le soir ⇒ Loyal à des fréquentations délinquantes
<p>Déficit de l'attention et hyperactivité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Difficulté de concentration, attention de courte durée, distractibilité ⇒ Rêvasserie ⇒ Manque de coordination et maladresse, gaucherie ⇒ Regard dans le vide, préoccupé ⇒ Passivité et manque d'initiative ⇒ Bougeotte et comportement agité ⇒ Ne parvient pas à terminer ses tâches ⇒ Paresseux, comportement léthargique, somnolence, engourdissement ⇒ Impulsivité ⇒ Manque d'intérêt, ennui généralisé ⇒ Hyperactivité psychomotrice

Les manifestations décrites dans les dimensions des troubles externalisés et des troubles internalisés composent la première taxonomie utilisée en vue de constituer une banque d'items pour le prototype d'un outil de dépistage. L'utilisation de cette taxonomie présente des avantages et des inconvénients.

2.1.2.3. Les apports et les limites des classifications empiriques

De nombreuses études confirment la fiabilité et la validité du système de classification empirique pour classer les comportements psychopathologiques des enfants et des adolescents (Merrell, 2008a). Les comportements issus de la classification empirique sont quantifiés et soutiennent la comparaison à un échantillon représentatif et normatif. Le degré de psychopathologie est défini à partir des comparaisons de groupes normaux et cliniques. Les critères

diagnostiques du DSM sont considérés plus subjectifs car la concordance inter-clinique lors de la pose du diagnostic spécifique n'est pas toujours clairement établie et est souvent remise en cause (Gresham et Kern, 2007). Quay (1986a) relève certains inconvénients aux classifications empiriques. Si un comportement ne corrèle à aucun cluster lors de l'analyse factorielle, il risque de n'apparaître dans aucune dimension et d'être éliminé de la dimension. Par conséquent, certaines facettes d'un trouble ne sont pas prises en considération. Tout comme le DSM-IV-TR, le système de classifications empiriques souffre de l'absence d'évidence de validité de traitement (Gresham et Kern, 2007). Au départ, le chercheur est contraint d'utiliser des appréciations subjectives basées sur le jugement de l'informateur. Par la suite seulement, ces données sont opérationnalisées et objectivées grâce aux analyses empiriques réalisées à partir d'échantillons les plus vastes et diversifiés possibles. La spécificité et la complexité de la psychopathologie infantile n'aide pas à élaborer une classification englobant à la fois les caractéristiques de l'enfant, les contraintes développementales, les milieux familiaux et scolaires, l'adaptation aux différents environnements, les différences intra et interindividuelle. De ce fait, la psychopathologie développementale recommande d'optimiser l'apport croisé des approches dimensionnelles et nosologiques. Cette palette étendue de critères et de signes est supposée fournir une définition la plus exhaustive possible des troubles émotionnels et comportementaux.

2.1.3. Critères diagnostiques des troubles émotionnels et comportementaux dans le DSM-IV-TR

La classification du DSM est souvent utilisée par les cliniciens dans le contexte scolaire. Elle est également "athéorique" et donc considérée comme plus consensuelle par les différents courants psychologiques (Habimana, 1999). Quatre principaux troubles spécifiques traduisent les troubles internalisés dans la classification DSM : l'anxiété généralisée et l'anxiété de séparation dans les troubles anxieux, l'épisode dépressif majeur et le trouble dysthymique dans les troubles dépressifs (Gresham, et Kern, 2007). Les troubles externalisés sont représentés par le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites et le déficit d'attention avec/sans hyperactivité (Frick et al. 2010). Le tableau ci-dessous regroupe les troubles internalisés et externalisés répertoriés dans la classification DSM qui sont diagnostiqués chez l'enfant. Les changements apparus dans le DSM-5 sont mentionnés en rouge.

Tableau 3. *Equivalent des troubles émotionnels et comportementaux dans le DSM (APA, 2003, 2015)*

Troubles anxieux	
DSM-IV-TR	DSM-5

⇒ Anxiété généralisée	⇒ Anxiété généralisée
⇒ Anxiété de séparation	⇒ Anxiété de séparation
Troubles de l'humeur	
Troubles dépressifs	
DSM-IV-TR	DSM-5
⇒ Episode dépressif majeur	⇒ Trouble dépressif caractérisé
⇒ Trouble dysthymique	⇒ Trouble dépressif persistant
	⇒ Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
Troubles habituellement diagnostiqués dans l'enfance	
DSM-IV-TR	
⇒ Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité	
⇒ Trouble des conduites	
⇒ Trouble oppositionnel avec provocation	
DSM-5	
Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites	
⇒ Trouble oppositionnel avec provocation	
⇒ Trouble des conduites	
Troubles neurodéveloppementaux	
⇒ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité	

Selon la classification du DSM-IV-TR et du DSM-5, les troubles internalisés (anxiété généralisée, anxiété de séparation, épisodes dépressifs majeurs, trouble dysthymique) sont décrits dans la section adulte (APA, 2003, 2015). La dénomination des troubles dépressifs a changé dans le DSM-5, ils se nomment désormais : trouble dépressif caractérisé et trouble dépressif persistant. Certaines manifestations d'irritabilité chronique et sévère constatées chez les enfants et les adolescents sont susceptibles d'être confondues avec des épisodes maniaques. Pour éviter de poser à tort un diagnostic de troubles bipolaires chez les enfants de 12 ans et plus, un nouveau diagnostic a été ajouté aux troubles dépressifs à savoir, le "trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle" (APA, 2015). Dans le DSM-IV-TR, les troubles externalisés (trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites et le déficit d'attention avec/sans hyperactivité) sont classés dans la section réservée aux "troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence". Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites sont dorénavant décrits dans la catégorie "troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites", tandis que le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité est considéré comme un trouble neurodéveloppemental. La banque d'items est constituée des critères diagnostiques du DSM-IV-TR des sept troubles spécifiques. Les modifications survenues dans le DSM-5 n'ont pas d'incidence sur la banque d'items constituée à partir de la version précédente.

2.1.3.1. Troubles anxieux

Le trouble anxieux est le trouble internalisé le plus répandu dans l'enfance. Il se manifeste de manière plutôt discrète, notamment lorsque l'enfant se trouve à l'extérieur de la maison. Lorsque l'anxiété n'est pas accompagnée de manifestations externalisées, elle est très rarement signalée. De même, lorsque les enfants présentent les deux troubles, la prise en charge survient prioritairement pour les troubles externalisés (Turgeon et Gendreau, 2007). En raison d'une symptomatologie discrète, les problèmes anxieux tendent rapidement à s'aggraver et à avoir des répercussions sur le plan scolaire, familial et plus tard professionnel (Turgeon et Gendreau, 2007). Les troubles anxieux sont connus pour interférer avec la réussite scolaire et nécessitent des interventions appropriées (Schoenfeld et Janney, 2008). Le DSM-IV-TR ne distingue pas les troubles anxieux de l'adulte de ceux de l'enfant, à l'exception du trouble d'anxiété de séparation qui est spécifique à la population infantile.

1) Anxiété de séparation

L'anxiété de séparation est un trouble spécifique de l'enfance qui survient en général relativement tôt. Il se rencontre principalement chez les enfants âgés de 6 à 11 ans (Bergeron, Valla et Gauthier, 2007). Le taux de prévalence est de 4% chez les enfants et les jeunes adolescents, il a tendance à diminuer à la fin de l'adolescence (APA, 2003). La distinction entre la facette développementale et la facette pathologique de l'anxiété de séparation se fait généralement d'un point de vue chronologique, temporel et quantitatif. L'angoisse de séparation développementale concerne principalement le tout jeune enfant, entre six mois et vingt-quatre mois, et se manifeste par une détresse quand ce dernier est séparé de la présence physique de la figure principale d'attachement (Mouren-Siméoni, Vila et Vera, 1993). Ce comportement supposé universel se retrouverait dans toutes les races et toutes les cultures humaines, ainsi que chez certaines espèces animales comme les mammifères (Mouren-Siméoni et al., 1993). D'un point de vue chronologique, le trouble d'anxiété de séparation survient donc dans le prolongement de l'angoisse de séparation développementale apparue au stade de développement approprié (Bailly et Bailly-Lambin, 2002). D'un point de vue temporel, il s'agit de la résurgence de réactions d'anxiété à la séparation à un âge où elles n'ont plus lieu d'être (Martin-Guehl, 2003). D'un point de vue quantitatif, l'anxiété de séparation pathologique se caractérise par son intensité, sa durée et son retentissement sur le fonctionnement quotidien de l'enfant (Martin-Guehl, 2003), avec comme conséquence une altération des capacités d'adaptation et du bien-être émotionnel (Mouren-Siméoni et al., 1993). L'angoisse de séparation se définit par une détresse extrême et persistante au moment de la séparation ou lorsque l'enfant l'anticipe ; elle se manifeste par des pleurs, des cris ou des

crises de colère afin d'éviter la séparation chez le jeune enfant et par des craintes irréalistes chez les enfants plus âgés (Dumas, 2005).

Selon le DSM (APA, 2003, 2015), le trouble d'anxiété de séparation peut apparaître à la suite d'un événement traumatisant, avant le début de l'école ou à n'importe quel moment avant l'âge de 18 ans. Il est plus rare qu'il survienne durant l'adolescence. Pour poser le diagnostic de trouble d'anxiété de séparation, trois symptômes parmi les huit décrits par le DSM-IV-TR et le DSM-5 doivent être observés chez l'enfant durant quatre semaines au minimum. Les critères diagnostiques de l'anxiété de séparation n'ont subi aucun changement significatif dans la nouvelle version du DSM, à l'exception de la "crainte" qui a été remplacée par "souci" et "maux de tête" par "céphalées".

Tableau 4. Critères diagnostiques de l'anxiété de séparation (APA, 2003, 2015)

DSM-IV-TR	
1)	Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations ;
2)	Crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver ;
3)	Crainte excessive et persistante qu'un évènement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p.ex., se retrouver perdu ou être kidnappé) ;
4)	Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ;
5)	Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance ;
6)	Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison ;
7)	Cauchemars répétés à thèmes de séparation ; Plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.
DSM-5	
1)	Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations ;
2)	Soucis excessifs et persistants concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver ;
3)	Soucis excessifs et persistants qu'un évènement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p.ex., se retrouver perdu ou être kidnappé) ;
4)	Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ;
5)	Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements ;
6)	Réticence persistante ou refus de dormir en dehors de la maison ou d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement ;
7)	Cauchemars répétés à thèmes de séparation ;
8)	Plaintes somatiques répétées (p. ex. céphalées , douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.

A l'école, l'enfant est envahi par des peurs et des inquiétudes excessives concernant ses proches qui l'empêchent d'investir son travail scolaire et ses relations sociales. Cet état d'anxiété disproportionnée peut parfois conduire au refus de se rendre à l'école, il survient principalement chez des enfants de moins de 12 ans, souvent en conséquence à des événements déclenchants (maladie, décès, changements d'école, déménagements, etc.) (Mourren-Siméoni et al., 1993). S'il n'y a pas de facteur déclencheur spécifique, les symptômes anxieux chez l'enfant sont le plus souvent attribué à de l'anxiété généralisée.

2) Anxiété généralisée

L'anxiété généralisée ou l'hyperanxiété se rencontre chez les enfants de 9 à 11 ans et chez les adolescents (Bergeron et al., 2007). Selon le DSM-IV-TR, le trouble d'anxiété généralisée se caractérise chez le sujet par des préoccupations excessives et incontrôlables concernant des personnes (principalement les membres de la famille), des circonstances quotidiennes (responsabilités professionnelles) ou des objets (les réparations de la voiture) (APA, 2003). Les préoccupations chez l'enfant sont excessives et inhabituelles pour son âge ; elles concernent principalement ses proches et son travail scolaire (Martin-Guehl, 2003). L'anxiété généralisée atteint l'enfant dans toutes les sphères du développement et concerne la plupart

des milieux de vie. Elle interfère sur les aspects scolaires et relationnels, mais aussi sur les loisirs (sports, musique, jeux, etc.). Ces préoccupations se traduisent chez l'enfant par d'importantes ruminations anxieuses variant considérablement d'un jour ou d'une heure à l'autre. Elles s'accompagnent souvent de divers symptômes : agitation ou incapacité de se détendre, associées à des difficultés de sommeil et d'endormissement malgré une fatigue évidente ; difficultés de concentration et d'organisation ; demandes et besoins excessifs de réassurance ; tensions et plaintes somatiques (le plus souvent maux de tête et douleurs abdominales) (Dumas, 2005 ; Martin-Guehl, 2003). Le diagnostic d'anxiété généralisée est envisagé lorsque les manifestations d'angoisse sont persistantes, associées à des signes somatiques et qu'elles entravent le fonctionnement et le développement de l'enfant (Martin-Guehl, 2003). Un des six symptômes décrit par le DSM-IV-TR et le DSM-5 doit être présent chez l'enfant la plupart du temps durant les derniers six mois (APA, 2003, 2015). Les critères diagnostiques du DSM-5 sont comparables à ceux du DSM-IV-TR.

Tableau 5. *Critères diagnostiques de l'anxiété généralisée* (APA, 2003, 2015)

DSM-IV-TR	
1)	Agitation, sensation d'être survolté ou à bout ;
2)	Fatigabilité ;
3)	Difficultés de concentration, ou trous de mémoire ;
4)	Irritabilité ;
5)	Tension musculaire ; Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, ou sommeil agité, et non satisfaisant).
DSM-5	
1)	Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ;
2)	Fatigabilité ;
3)	Difficultés de concentration, ou trous de mémoire ;
4)	Irritabilité ;
5)	Tension musculaire ;
6)	Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, ou sommeil agité, et non satisfaisant).

A l'école, les enfants anxieux doutent en permanence de leurs compétences scolaires ou de leurs performances sportives, ils sont généralement insatisfaits de leurs résultats (APA, 2003; Martin-Guehl, 2003). Ils s'imposent des exigences qui les poussent à remettre en question toutes leurs entreprises et les incitent au perfectionnisme (Dumas, 2005). Ils appréhendent les échéances car ils ne sont pas sûrs d'y faire face et n'ont pas confiance en leur capacité à réaliser des tâches en raison du niveau d'excellence élevé fixé (Mouren-Siméoni et al., 1993). Les enfants anxieux parviennent difficilement à vivre et à apprécier le moment présent en raison des préoccupations qui les assaillent (Dumas, 2005). Même durant les vacances ils se soucient par anticipation de la rentrée scolaire, d'un examen ou d'une évaluation à venir, et réactivent ainsi le processus anxieux en boucle (Martin-Guehl, 2003). Lorsque l'anxiété ou les peurs empêchent l'enfant de fonctionner normalement au quotidien,

la pose d'un diagnostic et d'un traitement s'impose au risque que le trouble évolue en trouble dépressif.

Au regard de la description de ces deux troubles anxieux, il existe une similitude dans l'expression de certains symptômes et dans leurs conséquences. Les troubles anxieux dans l'enfance trouvent souvent leur origine dans une interaction complexe de facteurs génétiques, médicaux et environnementaux (Plizka et Olvera, 1999). La plupart des auteurs consultés soulignent la nocivité des troubles anxieux infanto-juvénile. Ils sont considérés comme les précurseurs de troubles anxieux et troubles dépressifs plus sévères à l'adolescence ou à l'âge adulte.

2.1.3.2. Troubles dépressifs

La reconnaissance des troubles dépressifs chez l'enfant remonte au début des années septante. Auparavant, les professionnels considéraient les enfants incapables d'expérimenter la dépression en raison d'un manque de compétences cognitives. La plupart des recherches sur l'étiologie, le traitement et la prévention des troubles dépressifs émanaient d'échantillons d'adultes (Abela, 2008). Dans les études actuelles, la notion de dépression chez l'enfant a été repensée et tient compte des différences entre l'expression des manifestations dépressives infantiles et adultes (Harrington, 2002). Le concept de dépression chez l'enfant est fortement lié à l'âge cognitif, au développement émotionnel, comportemental et physique. Le schéma d'apparition des symptômes dépressifs varie considérablement en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant. Chez les jeunes enfants, les affects négatifs et la détresse tendent à s'exprimer sur un mode externalisé (Kolvin et Sadowski, 2001 ; Macklem, 2007). La difficulté à diagnostiquer les troubles dépressifs chez les enfants et les préadolescents a poussé les chercheurs à parler pendant longtemps de dépression masquée. Ce terme n'a plus cours grâce aux évaluations systématiques et aux outils diagnostiques existants (Kolvin et Sadowski, 2001). Le DSM-IV-TR ne distingue pas les critères diagnostiques des troubles dépressifs dans l'enfance de ceux de l'adulte malgré leur expression différentes. L'épisode dépressif majeur diffère de la dysthymie par son intensité, ses causes et son évolution.

1) Episode dépressif majeur (trouble dépressif caractérisé)

Le trouble dépressif majeur est l'un des troubles dépressifs qui affecte les enfants. Il se caractérise par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs dont la durée, la fréquence et la sévérité (trois degrés : léger, moyen, grave) varient d'un épisode à l'autre (Dumas, 2007). Le DSM-IV-TR et DSM-5 requièrent la présence d'au moins cinq des neuf symp-

tômes, durant deux semaines et une modification du fonctionnement de l'enfant pour poser le diagnostic d'épisode dépressif (APA, 2003, 2015). L'un des symptômes doit être obligatoirement soit l'humeur dépressive ou l'irritabilité, soit la perte d'intérêt ou de plaisir (Kolvin et Sadowski, 2001 ; Valla et Bergeron, 1997). Les critères diagnostiques du DSM-5 sont identiques à ceux du DSM-IV-TR.

Tableau 6. Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur (APA, 2003, 2015)

DSM-IV-TR	
1)	Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B. : irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
2)	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toute ou presque toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3)	Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. : modification du poids corporel en un mois excédent 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4)	Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5)	Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6)	Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7)	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
8)	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
DSM-5	
1)	Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B. : irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
2)	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toute ou presque toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3)	Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. : modification du poids corporel en un mois excédent 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4)	Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5)	Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6)	Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7)	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
8)	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
9)	Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Chez l'enfant l'épisode dépressif majeur se manifeste principalement par une modification des affects, notamment une augmentation de l'irritabilité, un retrait social et des plaintes somatiques (Rutherford, 2004). L'irritabilité remplace l'humeur dépressive chez l'enfant. Elle se manifeste par d'importantes perturbations comportementales (crises de rage ou de colère accompagnées de pleurs), des accès d'agressivité verbale et physique à l'encontre de personnes (souvent des proches) ou des biens (Duffy, Kutcher, Alda et Grof, 1997 ; Petot, 1999; Vantalon, Gourion et Mouren-Siméoni, 1999). Elle apparaît dans un contexte d'intolérance à

la frustration. Le retrait social se traduit par une indifférence aux activités scolaires et aux jeux (Petot, 1999). L'enfant s'isole et se replie sur lui-même (Vantalon et al., 1999). Les plaintes somatiques comme les maux de tête, les maux de ventre ou nausées, les douleurs aux yeux, les membres ou les articulations, les picotements ou les engourdissements sont des manifestations communes chez les enfants (Merrell, 2008b). L'enfant a tendance à réagir « plus spontanément que l'adulte avec son corps parce que ses mécanismes d'élaboration psychique (mentalisation) ne sont pas encore totalement développés et que sa capacité expressive (langage) est encore limitée » (Verrier et Tellier, 1999, p. 464). Ces symptômes indiquent parfois un malaise profond et sont les seules plaintes émises en présence d'un problème internalisé. Les principales différences entre l'épisode dépressif majeur et la dysthymie sont la chronicité et la sévérité du trouble (Rutherford, 2004). La dysthymie dure plusieurs années mais sa symptomatologie est moins sévère.

2) Trouble dysthymique (trouble dépressif persistant)

Le trouble dysthymique se définit comme une dépression chronique qui dure depuis au moins un an pour l'enfant et l'adolescent (deux ans chez l'adulte). Sa symptomatologie est peu prononcée, mais persistante. Les périodes dépressives alternent avec des périodes de rémission (Véra, 2001). Contrairement à l'épisode dépressif majeur, les symptômes tels que le retrait social, la perte d'intérêt, la modification du sommeil et de l'appétit sont rares ; le taux de culpabilité est également plus bas (Vantalon et al., 1999). Dans le DSM-VI-TR et le DSM-5, la présence de trois symptômes, dont l'humeur dépressive ou l'irritabilité, est requise pour établir un diagnostic. Au minimum deux de ces symptômes doivent se manifester lorsque l'enfant et l'adolescent sont déprimés. Les critères diagnostiques sont semblables dans les deux versions du DSM.

Tableau 7. Critères diagnostiques du trouble dysthymique (APA, 2003, 2015)

DSM-IV-TR	
A.	Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par /es autres. N.-B. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins un an.
B.	Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :
1)	Perte d'appétit ou hyperphagie
2)	Insomnie ou hypersomnie
3)	Baisse d'énergie ou fatigue
4)	Faible estime de soi
5)	Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
6)	Sentiments de perte d'espoir
DSM-5	
A.	Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par /es autres. N.-B. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins un an.
B.	Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :
1)	Perte d'appétit ou hyperphagie
2)	Insomnie ou hypersomnie
3)	Baisse d'énergie ou fatigue
4)	Faible estime de soi
5)	Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
6)	Sentiments de perte d'espoir

A l'école, le trouble dysthymique, en raison de sa chronicité, peut sévèrement altérer les performances scolaires de l'enfant et ses interactions sociales (APA, 2003). L'enfant présente une inhibition intellectuelle due à des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire (Ferrari, 2001 ; Vantalon et al., 1999). Un raisonnement ralenti et une imagination pauvre interfèrent sur les capacités d'apprentissage (Ferrari, 2001). Une chute rapide des résultats scolaires est considérée comme un indicateur des problèmes de concentration (APA, 2003). Les relations sociales déficitaires de l'enfant dépressif l'empêchent de combattre les symptômes dysthymiques (Son et Kirchner, 2000). L'âge d'apparition du trouble dysthymique est plus précoce que le trouble dépressif majeur (Cullinan, 2007a). Selon l'intensité de l'irritabilité, les troubles dépressifs chez les enfants se confondent avec les troubles comportementaux.

2.1.3.3. Trouble oppositionnel avec provocation

L'intolérance à la frustration, la colère et l'agressivité sont des manifestations courantes chez le jeune enfant. Dans le développement normal, ces manifestations ont tendance à s'atténuer lorsque l'enfant gagne en compétences langagières et cognitives. La pathologie s'installe lorsque ces comportements ne sont plus contrôlables et présentent un danger pour l'enfant lui-même et pour son entourage. Pour Dumas (2007, p. 320), « le trouble oppositionnel avec provocation a ses origines dans des manifestations comportementales normatives et ne s'en distingue qu'au plan quantitatif : c'est la nature extrême et prolongée de symptômes qui en soi sont normaux qui définit le trouble ». En général, le trouble oppositionnel

avec provocation débute avant l'âge de 8 ans, il apparaît rarement après la puberté (APA, 2003). Les premiers symptômes surviennent tout d'abord dans l'environnement familial pour se déployer plus tard aux autres environnements de l'enfant, notamment à l'école (APA, 2003 ; Patterson, Reid et Dishion, 1992). Le trouble oppositionnel avec provocation se manifeste sous forme d'opposition et de provocation à l'égard des adultes et des pairs. Dumas (2007) définit ces deux composantes ainsi :

- **Opposition** : L'enfant fait preuve de résistance active aux exigences et aux limites inévitablement imposées par la vie de groupe ; il refuse le compromis, même raisonnable, comme il refuse d'accepter la responsabilité de ses actions lorsqu'on les lui reproche ou qu'elles lui occasionnent des ennuis ; et quand il se voit forcé à obéir ou limité dans ce que l'on lui permet de faire, les crises de colère et les rancunes sont fréquentes et souvent prolongées.
- **Provocation** : L'enfant a une tendance marquée à vouloir toujours tester les limites et contester les exigences imposées, et semble souvent prendre plaisir à provoquer, à ennuyer et à agacer les autres ; par contre, il accepte mal d'être lui-même provoqué ou simplement taquiné, manque de tolérance à la frustration et de patience, et peut être particulièrement susceptible (p. 322).

Selon les critères du DSM-IV-TR et DSM-5 (APA, 2003, 2015), les troubles oppositionnels avec provocation se caractérisent par des comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité. Pour poser un diagnostic de troubles oppositionnels avec provocation, quatre des comportements listés ci-dessous doivent persister pendant au moins six mois et être observés plus fréquemment que chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables. Il n'y a pas de changement significatif entre les deux versions du DSM. Trois catégories de critères diagnostiques ont fait leur apparition dans le DSM-5, elles correspondent aux caractéristiques essentielles du trouble, à savoir une humeur colérique/irritable, un comportement querelleur/provocateur et un esprit vindicatif (APA, 2015).

Tableau 8. Critères diagnostiques des trouble oppositionnel avec provocation (APA, 2003, 2015)

DSM-IV-TR	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Se met souvent en colère. 2) Conteste souvent ce que disent les adultes. 3) S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes. 4) Embête souvent les autres délibérément. 5) Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite. 6) Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres. 7) Est souvent fâché et plein de ressentiment. 8) Se montre souvent méchant ou vindicatif. 	
DSM-5	
<p>Humeur colérique/irritable</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se met souvent en colère. 2) Conteste souvent ce que disent les adultes. 3) S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes. <p>Comportement querelleur/provocateur</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Embête souvent les autres délibérément. 5) Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite. 6) Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres. 7) Est souvent fâché et plein de ressentiment. <p>Esprit vindicatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Se montre souvent méchant ou vindicatif au moins deux fois dans les derniers six mois. 	

Ces comportements entraînent une altération significative du fonctionnement social et scolaire. A l'école, les compétences sociales déficitaires favorisent le rejet des pairs et des enseignants. En âge scolaire, le trouble oppositionnel avec provocation se rencontre plus fréquemment chez les garçons que chez les filles tandis qu'à l'adolescence le taux de prévalence entre les genres ne diffère pratiquement plus (APA, 2003). Les symptômes ne sont pas soumis à des différences de genre, à l'exception de comportements de confrontation plus élevés et de la persistance de la symptomatologie chez les garçons (APA, 2003). Même si ce n'est pas systématique, il existe un risque que le trouble oppositionnel avec provocation évolue par la suite en troubles des conduites.

2.1.3.4. Trouble des conduites

Le trouble des conduites est un des troubles les plus signalés et diagnostiqués dans les services de psychologie et de psychiatrie infanto-juvéniles (Furlong, Morrison et Jimerson, 2007). Toutefois, seule une minorité d'enfants est réellement atteinte du trouble pathologique correspondant aux critères diagnostiques des classifications internationales (Allès-Jardel et Mouraille, 2003). Selon le DSM-IV-TR et le DSM-5, le trouble des conduites se caractérise par un ensemble de comportements perturbateurs graves, répétitifs et persistants dans le temps ; il se caractérise par la négation des droits fondamentaux des autres, la méprise des règles et des normes sociales majeures respectées par la population infanto-juvénile du même âge (APA, 2003, 2015 ; Dumas, 2007). Le diagnostic du trouble des conduites est posé lorsque trois comportements, figurant dans les quatre catégories listées ci-dessous, sont présents au cours des douze derniers mois ou au moins un au cours des six derniers

mois ; ces comportements entraînent une altération clinique significative du fonctionnement social et scolaire de l'enfant ou de l'adolescent (APA, 2003). Les critères diagnostiques sont identiques dans les deux versions du DSM.

Tableau 9. *Critères diagnostiques des trouble des conduites* (APA, 2003, 2015)

DSM-IV-TR
<p>Agressions envers des personnes ou des animaux</p> <p>1) Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes.</p> <p>2) Commence souvent les bagarres.</p> <p>3) A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu).</p> <p>4) A fait preuve de cruauté physique envers des personnes.</p> <p>5) A fait preuve de cruauté physique envers des animaux.</p> <p>6) A commis un vol en affrontant la victime (p. ex., agression vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée).</p> <p>7) A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles.</p> <p>Destruction de biens matériels</p> <p>8) A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants.</p> <p>9) A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu).</p> <p>Fraude et vol</p> <p>10) A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment, ou une voiture appartenant à autrui.</p> <p>11) Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., « arnaque » les autres).</p> <p>12) A volé des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon).</p> <p>Violations graves des règles établies</p> <p>13) Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.</p> <p>14) A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait chez ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période).</p> <p>15) Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.</p>

Tableau 9 (suite).

DSM-5
<p>Agressions envers des personnes ou des animaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes. 2) Commence souvent les bagarres. 3) A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu). 4) A fait preuve de cruauté physique envers des personnes. 5) A fait preuve de cruauté physique envers des animaux. 6) A commis un vol en affrontant la victime (p. ex., agression vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée). 7) A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles. <p>Destruction de biens matériels</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants. 9) A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu). <p>Fraude et vol</p> <ol style="list-style-type: none"> 10) A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment, ou une voiture appartenant à autrui. 11) Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., « arnaque » les autres). 12) A volé des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon). <p>Violations graves des règles établies</p> <ol style="list-style-type: none"> 13) Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans. 14) A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait chez ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période). 15) Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

Il existe différents degrés de gravité du trouble des conduites, il peut être léger (peu préjudiciable pour autrui), modéré ou grave (entraînant un préjudice important à autrui) (Kauffman et Landrum, 2009). En fonction de l'âge d'apparition, il se décline en deux sous-types : le premier type débute dans l'enfance et se caractérise par la présence d'au moins un critère diagnostique avant l'âge de dix ans, tandis que le deuxième type débute à l'adolescence et se définit par l'absence de tout critère diagnostique avant l'âge de dix ans (APA, 2003). En général, au fur et à mesure que l'enfant grandit, les comportements déviants s'aggravent (p.ex. : vol à l'étalage, puis vol avec effraction, ensuite vol avec confrontation de la victime) car les symptômes évoluent en fonction de l'accroissement de la force physique, du développement des capacités cognitives et de la maturité sexuelle du sujet (APA, 2003). Plus les symptômes sont précoces et graves, plus le pronostic risque d'être défavorable et tendre vers une personnalité antisociale. L'issue du second sous-type est plus favorable, les symptômes sont moins sévères et moins nombreux. Les sujets parviennent à une bonne adaptation sociale et professionnelle à l'âge adulte (APA, 2003). La prévalence est plus importante dans les villes que dans les campagnes et dans les milieux sociaux défavorisés où l'exposition à la violence est plus importante (Allès-Jardel et Mouraille, 2003). Le trouble des conduites à début précoce se rencontre plus fréquemment chez les garçons et se manifeste par des bagarres, des vols, du vandalisme, des problèmes de discipline à l'école. Chez les filles, il se traduit par les mensonges, l'école buissonnière, les fugues, l'abus de substances

ou la prostitution (Foster, 2005). Les conséquences sont particulièrement graves sur l'entourage et sur le développement de l'enfant.

A l'école, ces élèves encourent un risque sérieux de décrocher les apprentissages prématurément et de quitter l'école sans certificat d'études. Les troubles des conduites sont souvent associés à des troubles d'apprentissage et succèdent parfois à un déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (Furlong et al., 2007). Ces comportements-défis sont extrêmement difficiles à gérer pour les enseignants.

2.1.3.5. Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Le trouble du déficit de l'attention avec et sans hyperactivité est un des troubles le plus connu et le plus étudié scientifiquement dans l'enfance, en raison de la prescription de Ritaline®. Le jeune enfant manifeste des excès d'activité motrice au moment de l'autonomie de l'appareil locomoteur qui se régule au cours du développement et qui se distingue de l'hyperactivité caractéristique du déficit de l'attention/hyperactivité (APA, 2003). Plusieurs sous-types de trouble du déficit de l'attention avec et sans hyperactivité sont décrits dans le DSM-IV-TR et le DSM-5 (APA, 2003, 2015). La pose d'un diagnostic nécessite la présence de six symptômes d'inattention ou de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité ; le sous-type est défini selon la nature des symptômes prédominants au cours des six derniers mois (Déficit de l'attention/hyperactivité type mixte, type inattention prédominante ou type hyperactivité-impulsivité prédominante) (APA, 2003). Un nombre minimum de symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention doit apparaître avant l'âge de sept ans et entraîner une gêne fonctionnelle manifeste dans au moins deux types d'environnement différents (p. ex., à la maison ou à l'école) (APA, 2003.). Les critères diagnostiques du DSM-5 n'ont pas subi de modifications significatives. Ils sont complétés par des exemples afin de favoriser leur compréhension. Une adaptation aux jeunes à partir de 17 ans et aux adultes a été ajoutée en complément. Chez cette population, cinq symptômes sont requis pour poser un diagnostic au lieu de six chez les enfants (APA, 2015).

Tableau 10. *Trouble du déficit de l'attention avec et sans hyperactivité* (APA, 2003, 2015)

Critères diagnostiques du DSM-IV-TR	
A.	Présence soit de 1) soit de 2) :
1)	Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :
	Inattention
	a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.
	b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
	c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
	d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes).
	e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.
	f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison).
	g) Perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoir, crayons, livres, ou outils).
	h) Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes.
	i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.
2)	Six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :
	Hyperactivité
	a) Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
	b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.
	c) Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice).
	d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
	e) Est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts ».
	f) Parle souvent trop.
	Impulsivité
	a) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
	b) A souvent du mal à attendre son tour. interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

Tableau 10 (suite).

DSM-5	
A.	<p>Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :</p> <p>1) Inattention: Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :</p> <p>N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis). b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes). c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente). d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire). e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais). f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles). g) Perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoir, crayons, livres, ou outils). h) Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport). i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous). <p>2) Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :</p> <p>N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège. b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place). c) Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience mortelle). d) Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir. e) Est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut-être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre). f) Parle souvent trop. g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation). h) A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente). i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

Le trouble est plus fréquemment diagnostiqué chez les garçons que chez les filles, généralement en début de scolarité (APA, 2003). En classe, les manifestations du trouble pertur-

bent l'adaptation et le fonctionnement scolaire. Sans troubles associés, la médication aide à canaliser le surplus d'énergie et favorise une trajectoire de vie normale. En classe, les élèves hyperactifs avec et sans déficit de l'attention se démarquent par leurs difficultés à se concentrer sur les tâches demandées, leur incapacité à suivre les routines établies et à travailler de manière indépendante. L'expression de ce trouble s'apparente à celles des troubles externalisés (Furlong et al., 2007), à savoir : tenir des propos inappropriés, manifester des comportements perturbateurs et avoir du mal à rester tranquille. Les enfants qui en souffrent sont rejetés par les pairs en raison d'une incapacité à entrer en relation avec autrui (Kauffman et Landrum, 2009). Les difficultés relationnelles s'étendent à l'enseignant et à l'entourage familial, parents compris.

2.1.4. Apports et limites du DSM-IV-TR dans l'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux chez l'enfant

Le système multiaxial classification du DSM-IV-TR permet une évaluation systématique et globale. Il tient compte « des divers troubles mentaux, des affections médicales générales, des problèmes psychosociaux et environnementaux ainsi que du niveau de fonctionnement qui pourrait être mal évalué si l'attention était uniquement centrée sur l'évaluation du seul problème manifeste » (APA, 2003, p. 33). La pose d'un diagnostic multiaxial apporte des informations complémentaires sur la symptomatologie, les aspects adaptatifs et le fonctionnement de la personne (House, 2002). Par contre, la communauté scientifique ne le considère pas toujours adapté à l'établissement d'un diagnostic dans la population infantile. Le diagnostic des troubles émotionnels et comportementaux à partir du DSM-IV-TR ne tient pas compte de l'évolution des manifestations psychopathologiques en concomitance avec le processus développemental (Habimana, 1999 ; House, 2002). Les phénomènes psychopathologiques se traduisent par des symptômes et des comportements beaucoup plus constants chez l'adulte. Dès lors,

(...) même si un trouble mental est diagnostiqué selon les mêmes critères chez les adultes et chez les enfants, il y a des différences quant à la façon dont les symptômes sont compris. Qu'une émotion, ou l'expression de celle-ci, soit appropriée ou bien pathologique chez une jeune personne, dépend beaucoup de l'âge de cette dernière (Perring, 2006, p. 67).

Dumas (2007) en déduit que les données scientifiques à disposition actuellement montrent clairement que les troubles mentaux dans la population infanto-juvénile « (...) s'inscrivent

toujours dans un contexte développemental qui influence considérablement leurs manifestations, si bien qu'au sein du même trouble les différences individuelles sont souvent aussi importantes qu'elles le sont d'un trouble à l'autre » (p. 46). Le DSM-IV-TR, ainsi que les versions antérieures présentent certaines limites quant à l'établissement d'un diagnostic de trouble mental chez l'enfant. La catégorisation des troubles mentaux dans cette population est étroitement liée à la compréhension de leur maturation psychologique afin de distinguer les manifestations d'ordre développemental des comportements pathologiques (Perring, 2006). Les catégories du DSM, même adaptées à l'enfant, ne se conforment pas entièrement au principe de la psychopathologie développementale selon lequel les troubles se différencieraient progressivement avec l'âge (Perret et Faure, 2006b). Une recherche sur la comorbidité des troubles internalisés démontre que les enfants avec des symptômes anxieux et/ou dépressifs ne forment pas du tout un groupe homogène (van Lang, Ferdinand, Ormel, et Verhulst, 2006). Pour ces auteurs, seuls quelques-uns présentent soit un trouble anxieux soit un trouble dépressif selon les critères du DSM-IV-TR, 99% des enfants ont des symptômes comorbides. En psychopathologie infantile, toutes les dimensions relatives à l'enfant sont à prendre en considération dans la pose du diagnostic, sans oublier le fait que le processus développemental est à lui seul une composante majeure en raison des tensions engendrées par le passage des stades développementaux. Certaines limites du DSM-IV-TR ont été reconsidérées dans la nouvelle version du DSM-5.

2.1.5. Contribution du DSM-5 aux troubles émotionnels et comportementaux

Une partie des critiques émises précédemment sont à relativiser à la lumière de la nouvelle édition du DSM éditée en 2013 (la version française date de 2015). Des modifications ont été apportées aux troubles liés à la psychopathologie infanto-juvénile, à savoir (APA, 2015 ; Clay, 2013) :

- Une attention portée sur le développement : les troubles sont classés chronologiquement allant de la petite enfance à l'adulte âgé avec une description du trouble tout au long de la trajectoire de vie.
- Le degré de sévérité d'un trouble : le diagnostic de certains troubles se pose dorénavant sur le degré de dysfonctionnement et non plus sur la présence ou l'absence de symptômes. Le système multiaxial a été abandonné en faveur d'une approche dimensionnelle. Ces mesures dimensionnelles basées sur des questionnaires standardisés permettent d'éviter la pose de plusieurs diagnostics et de différencier les traitements. Cette

approche dimensionnelle dans le DSM-5 est une aide à la pose d'un diagnostic distinct des troubles internalisés et externalisés qui souffrent d'une grande comorbidité.

- Les différences liées au genre : le diagnostic tient compte des différences biologiques, individuelles et des représentations qui pourraient influencer le trouble mental.
- Le déficit de l'attention avec/sans hyperactivité : une attention particulière est accordée au diagnostic chez l'adulte. Le déficit d'attention avec/sans hyperactivité est considéré comme un trouble neuro-développemental.
- Les troubles dépressifs : pour éviter de diagnostiquer et de traiter en surnombre les troubles bipolaires chez les enfants, un nouveau diagnostic a été proposé : "trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle". Ce trouble se caractérise par une irritabilité persistante et des épisodes fréquents de comportements extrêmes difficilement contrôlables. Ce trouble doit être présent avant l'âge de 10 ans, le diagnostic ne peut être posé chez des enfants de moins de 6 ans.

Tableau 11. *Trouble de disruptif avec dysrégulation émotionnelle* (APA, 2003, 2015)

DSM-5
A. Crises de colère sévères récurrentes se manifestant verbalement (p. ex. accès de fureur verbale) et/ou dans le comportement (p. ex. agressivité physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité et en durée avec la situation ou la provocation.

Pour poser un tel diagnostic, l'enfant doit présenter une irritabilité sévère et persistante se manifestant par des crises de colère fréquentes. Les accès de colère ne doivent pas faire partie du processus développemental et surviennent trois fois par semaine, voire plus. Les critères diagnostiques de ce trouble se recoupent fortement avec les manifestations des autres troubles émotionnels et comportementaux.

- Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites figurent dans un nouveau chapitre avec le trouble explosif intermittent et le trouble de la personnalité antisociale. Les critères diagnostiques de ces deux troubles externalisés n'ont pas subi de modification.

Les changements apportés à la nouvelle version du DSM n'ont pas d'impact sur le prototype de l'outil de dépistage. Comme le montre les tableaux comparatifs du DSM-IV-TR et du DSM-5, les critères diagnostiques utilisés pour la composition des items n'ont pas subi de modifications significatives. L'abandon du système multiaxial au dépend du système dimensionnel n'a pas non plus d'incidence sur le développement de l'outil de dépistage puisque son édification est basée sur des conceptions dimensionnelles. Ses items sont des comportements observables en classe qui répondent aux exigences de la nouvelle version du DSM-5. La cotation des items de l'outil de dépistage en cours d'élaboration s'effectue sur la fré-

quence d'apparition des comportements observables en classe. La composition des items tient compte des facettes internalisées et externalisées. Le seuil à risque de l'outil de dépistage est défini séparément pour les garçons et les filles. Afin d'améliorer l'utilité clinique, le DSM-5 est organisé selon des considérations développementales tout au long de la trajectoire de vie (APA, 2015). L'outil de dépistage est conçu pour un public cible se situant dans la période développementale de l'enfance. La spécification des manifestations aux différentes étapes du processus développemental des troubles internalisés et externalisés apporte une assistance à la pose du diagnostic et permet d'envisager l'évolution du trouble.

2.1.6. Trajectoire développementale des troubles émotionnels et comportementaux

De nombreuses études longitudinales ont été réalisées dans le but de connaître l'évolution des troubles externalisés. Par contre, il n'existe pas de véritable consensus scientifique sur la trajectoire potentielle des troubles internalisés, des études sont encore nécessaires (Merrell, 2008a). Tous les enfants présentant à un moment ou un autre un trouble émotionnel et comportemental ne persèverent pas forcément dans une trajectoire défavorable. Par contre, les recherches ont démontrés l'existence d'une certaine prédictibilité lorsque certaines émotions et comportements déviants persistent sur le long terme.

2.1.6.1. Evolution des troubles internalisés

Les problèmes internalisés qui débutent dans l'enfance et se poursuivent durant quelques années ne persistent pas automatiquement à l'âge adulte (Merrell, 2008b). Les troubles internalisés sont moins stables que les troubles externalisés et leur évolution empruntent des trajectoires différentes (Dekker et al., 2007 ; Legerstee et al., 2013; Frick et al., 2010 ; Oldehinkel, Ormel, Verhulst, et Nederhof, 2014). Le syndrome dépressif dans l'enfance diffère considérablement dans la phénoménologie et la structure de son équivalent adulte (Garber, 2000). Il est difficile de savoir s'il s'agit d'un manque de continuité de la symptomatologie internalisée ou des difficultés à identifier les problèmes émotionnels par les adultes. L'apparition à un jeune âge, la sévérité et la récurrence d'un trouble internalisé augmentent la probabilité de le développer ultérieurement (Garber, 2000 ; Merrell, 2008b ; Huberty 2012). De même, la chronicité et la comorbidité d'un trouble anxieux à développement précoce favorisent le déficit socio-émotionnel à l'âge adulte s'il n'est pas traité (Huberty, 2012). La stabilité des troubles internalisés est fortement soumise au processus développemental et aux interactions de l'enfant avec son environnement. Le trouble internalisé peut être épisodique par contre les facteurs personnels et biologiques, p. ex. la régulation émotionnelle, sont per-

manents (Frick et al., 2006). De ce fait, l'enfant n'est pas à l'abri de développer d'autres problèmes d'adaptation au cours de son développement.

2.1.6.2. Evolution des troubles externalisés

L'évolution des troubles externalisés se caractérise par une stabilité et une prédictibilité importante. Ils évoluent d'une forme légère d'inadaptation sociale (p. ex., désobéissance, crises de colère) à une forme plus grave (p. ex., batailles, vols) selon l'âge d'apparition et leur gravité (Quinn et McDougal, 1998). Le pronostic des conduites agressives est particulièrement réservé lorsque elles débutent avant l'âge de 6 ans, elles sont extrêmement importantes et elles perdurent jusqu'à l'adolescence (Hinshaw et Blachman, 2005). Chez les garçons en particulier, les problèmes de comportement manifestés sous forme d'agression physique évoluent de manière continue et aigüe de l'enfance à l'adolescence (Broidy et al., 2003) car, dès leur plus jeune âge, ils ont très peu d'opportunité d'acquérir des habiletés prosociales (Bongers, Koot, van der Ende, et Verhulst, 2008). A l'adolescence, la persistance de problèmes oppositionnels et agressifs tendent à progresser vers des actes de délinquances, des troubles de la personnalité antisociale ou l'usage de substances (toxicomanie, alcoolisme) (Cullinan, 2007b ; Quinn et McDougal, 1998 ; Bongers et al., 2008). Les milieux socio-culturels défavorisés où règnent la pauvreté, l'isolement social, la violence et la criminalité sont particulièrement sensibles à cette évolution (Dumas, 2000 ; Patterson, et al., 1992). Les trajectoires déviantes chroniques se caractérisent par la présence de facteurs de risque familiaux durant la grossesse (grossesse précoce et scolarité faible chez les parents, faible revenu, séparation des parents, tabagisme de la mère et complications obstétricales) ou durant la petite enfance (dépression de la mère, pratiques éducatives punitives, interactions familiales dysfonctionnelles) (Inserm, 2002). Les filles sont moins nombreuses à s'engager dans une trajectoire antisociale, à l'exception de celles qui ont des comportements externalisés sévères dont le parcours de vie s'identifie à celui des pairs masculins (Loeber, 2011). A troubles externalisés identiques, environ 70% des filles suivent la même trajectoire déviante que les garçons (Gorman-Smith et Loeber, 2005). Ces résultats sont difficilement généralisables car l'évolution des troubles émotionnels et comportementaux est peu documentée chez les filles.

2.1.6.3. Les différences dans l'apparition et l'évolution des troubles émotionnels et comportementaux chez les garçons et les filles

Dans une revue de la recherche sur les besoins spécifiques des filles présentant des troubles émotionnels et comportementaux, seules six études ont été répertoriées entre 1997

et 2006 (Hess Rice, Merves, et Srsic., 2005). La manière dont les symptômes se manifestent et évoluent chez les filles ne trouve pas de consensus auprès des chercheurs.

a) **Troubles émotionnels** : chez les enfants prépubères, les études sur la prévalence de la dépression montre soit qu'il n'y a pas de différence de genre (Broidy et al., 2003), soit une prévalence faiblement plus élevée chez les garçons (Harrington, 2002). A partir de la préadolescence jusqu'à l'âge adulte, la prévalence des troubles dépressifs augmente chez les filles et diminue chez les garçons (Valla et Bergeron, 1997). Dès le préscolaire, les garçons manifestent leur symptomatologie dépressive par des comportements agressifs et irritables, alors que les filles sont plutôt tranquilles, inhibées et tristes avec des fluctuations de l'humeur (Luby et al., 2009 ; Mouren-Siméoni, 1986). Elles présentent des symptômes plus cognitifs et plus acceptables socialement (Hankin et Abramson, 2001). Ces différences entre les garçons et les filles s'expliquent par des phénomènes physiologiques et psychologiques. En raison d'un niveau élevé d'Ocytocine, les filles ont tendance à s'investir davantage dans les relations sociales, le soutien et l'aide à autrui (Hankin, Wetter, et Cheely, 2008). Elles sont soumises à des facteurs de stress plus intenses qui les rendent plus vulnérables sur le plan socio-émotionnel. La sensibilité aux relations interpersonnelles a un impact négatif sur leur estime de soi particulièrement lorsqu'elles sont soumises à la désapprobation sociale des adultes (parents, enseignants) et le rejet des pairs (Rose et Rudolph, 2006). Au passage de l'adolescence, les filles encourent un risque supplémentaire de développer des troubles internalisés en raison de la présence simultanée de deux stress normatifs à savoir : la puberté associée à une image corporelle négative et la transition du primaire au secondaire (Marcotte, 2000 ; St Clair, Croudace, Dunn, Jones, Herbert, et Goodyer, 2014). Les garçons ont une puberté plus tardive, ces deux stress sont vécus en différé. Même si la proportion n'est pas aussi élevée, les filles présentent plus de troubles anxieux que les garçons (Merrell, 2008b) car elles expérimentent plus la peur (Albano et Krain, 2005). Confrontés aux défis ou aux échecs, les filles vont réagir de manière intériorisée, tandis que les garçons ont tendance à réagir de façon extériorisée (Cloutier, 2001).

b) **Les troubles comportementaux** : le genre est un solide prédicteur du développement de comportements antisociaux (Eisner, Ribeaud, Jünger et Meidert, 2008). Les garçons sont plus sensibles aux facteurs de risque et plus vulnérables au développement de comportements antisociaux (Ribeaud et Eisner, 2010). Même si elles sont rarement diagnostiquées, les filles présentent aussi des problèmes externalisés. Les stéréotypes de genre sur les troubles comportementaux influencent fortement les perceptions des enseignants (Soles, Bloom, Heath, et Karagiannakis, 2008 ; Hess Rice et al., 2008). Les enseignants peinent à évaluer les comportements contraires aux représentations com-

munes telles que les filles sont calmes et les garçons sont turbulents. Dans l'étude de Soles et al. (2008), les filles évaluées positivement manifestent des troubles externalisés plus sévères que les garçons. Les auteurs en déduisent que pour être signalée, les filles doivent présenter des troubles externalisés plus sévères ou que ces troubles sont perçus comme étant plus sévères chez ces dernières. Les stéréotypes sont induits par la présence d'une symptomatologie différente. Les troubles externalisés chez les garçons se manifestent généralement par des comportements agressifs préjudiciables pour autrui (p. ex. : agression, violence) et pour l'environnement (p. ex. : vol, atteinte à la propriété) (Kann, 2000). Au contraire, les filles avec des comportements antisociaux adoptent plutôt des attitudes à risque tels que le décrochage scolaire, la confrontation à une mort violente, la toxicomanie, une sexualité et des grossesses précoces (Zoccolillo, Tremblay, et Vitaro, 1996). Les critères diagnostiques du DSM (du DSM-III au DSM-IV-TR) des trois troubles externalisés correspondent davantage aux symptômes présents chez les garçons que ceux manifestés par les filles (Costello et Angold, 2006 ; Zoccolillo et al., 1996). La recherche et la littérature sur le déficit de l'attention/ hyperactivité chez les filles est en émergence (Hinshaw et Blachman, 2005). Très peu d'études ont été réalisées pour permettre une distinction significative entre les deux genres. Dans sa méta-analyse, Gershon (2002) constate certaines différences. Les filles qui ne bénéficient pas d'un suivi clinique ont une symptomatologie moins importante que les garçons. Elles sont moins affectées par des problèmes de lecture, des symptômes internalisés, des problèmes d'agressivité et de popularité auprès des pairs. Dans l'échantillon suivi cliniquement, les symptômes et le déficit sont identiques. Par contre, les filles ont des scores de QI plus bas et un taux d'inattention plus élevé. Les filles sont aussi moins identifiées et moins médicamenteuses (Hinshaw et Blachman, 2005).

Ces différences entre les genres ont une incidence sur la sous-identification des troubles internalisés et externalisés chez les filles et probablement sur les taux de prévalence plus élevés chez les garçons. Les troubles émotionnels et comportementaux se caractérisent dans les deux groupes par une importante comorbidité.

2.1.7. Comorbidité entre les différents troubles émotionnels et comportementaux

La plupart des enfants signalés en psychopathologie pour des troubles émotionnels et comportementaux ont deux, voire plusieurs troubles associés (Allès-Jardel et Mouraille, 2003 ; Huberty, 2012 ; Kovacs et Devlin, 1998). La comorbidité entre les troubles compor-

taux, les troubles anxieux et les troubles dépressifs est importante chez les 6 à 11 ans (Abella et Manzano, 2006). Grâce à la progression des connaissances sur la phénoménologie et les relations entre les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles externalisés, trois formes principales de comorbidité se dégagent chez les enfants souffrant de troubles émotionnels et comportementaux (Kolvin et Sadowski, 2001). La comorbidité est établie entre :

- l'épisode dépressif majeur et le trouble dysthymique qui conduit à la double dépression ;
- les troubles dépressifs et les troubles anxieux ;
- la dépression et les troubles externalisés.

Ces résultats sont confirmés par une majorité d'études. Dans la population infanto-juvénile, la dépression existe rarement seule. 40 à 60% des 6 à 17 ans souffrant de double dépression développent des troubles anxieux (Mouren-Siméoni et Falissard, 1997). L'épisode dépressif majeur est significativement associé à tous les types de troubles anxieux principaux (Avenevoli, Knight, Kessler, et Merikangas, 2008). Il existe une forte probabilité que les troubles anxieux et dépressifs chez les petites filles évoluent en dépression à l'adolescence (Bergeron et al., 2007). L'ensemble des symptômes dépressifs et anxieux est également comorbide dans une moindre mesure avec les troubles externalisés (Cohen, Kasen, et Liu, 1997). Les troubles des conduites et le déficit de l'attention/hyperactivité sont significativement comorbides (Angold, Costello, et Erkanli, 1999). L'expression d'un trouble selon les critères stricts du DSM est l'exception plutôt que la norme chez l'enfant. La comorbidité s'estompe à la fin de l'adolescence et les symptômes deviennent de plus en plus similaires à ceux de l'adulte.

L'évolution des troubles psychologiques dans l'enfance jusqu'à l'âge adulte se caractérise par des schémas à la fois continu et discontinu qui sont médiatisés par un grand nombre de variables complexes interagissant entre elles à des moments et des degrés différents, de manière directe et indirecte (Huberty, 2012). Ces phénomènes de continuité et de discontinuité entre les variations normales d'un comportement et son trouble sont interprétés comme les extrémités d'une même dimension (Rutter et Sroufe, 2000). Un problème émotionnel ou comportemental peut être présent à un moment donné du développement, disparaître ou réapparaître à un autre moment, s'aggraver ou évoluer en un autre trouble. Dès lors, la trajectoire développementale est soumise à une multitude de voies possibles. Il importe donc de distinguer le développement normal des manifestations pathologique en cernant le public ciblé par l'outil de dépistage et le contexte dans lequel il est utilisé.

2.2. Contexte de développement des troubles émotionnels et comportementaux

La psychopathologie développementale considère que le processus développemental est soumis à des changements complexes. Depuis sa naissance jusqu'à l'âge adulte, l'enfant subit d'importants changements dans différents domaines du développement. Ces modifications développementales varient de rythme en fonction de la période à laquelle elles surviennent, elles diffèrent également d'un individu à un autre. La littérature scientifique recense trois grandes périodes de développement : la petite enfance – l'enfance – l'adolescence. Certains auteurs distinguent la préadolescence de l'adolescence. L'outil de dépistage est conçu pour identifier les troubles émotionnels et comportementaux chez un public âgé de 6 à 12 ans. La préférence pour cette période considérée comme l'âge scolaire s'explique par la nécessité de détecter ces troubles avant qu'ils n'aient un impact négatif irrémédiable sur le développement et la scolarité de l'enfant.

2.2.1. Développement de l'enfant de 6 à 12 ans

L'enfant en grandissant est soumis en permanence à des tensions développementales l'obligeant à s'adapter aux exigences scolaires, sociales et environnementales. Un problème comportemental peut être présent à un certain stade du développement et disparaître à un autre (Cummings et al., 2000). Certains comportements sont considérés comme acceptables d'un point de vue développemental alors que d'autres sont totalement inadmissibles. Dans la culture occidentale, la crise de colère est admise chez le jeune enfant, alors qu'à tout âge, les coups et la violence ne sont pas tolérés. Pour d'autres comportements, il est plus difficile de distinguer le normal du pathologique même en se référant aux stades de développement. Même si le développement se définit selon une certaine norme, il existe d'importantes variations dès que l'on tient compte des rythmes et des caractéristiques de chaque enfant (Dongier, 2001). En raison de ces différences inter et intra-individuelles, le clinicien doit être en mesure de distinguer les comportements attendus à chaque âge pour juger d'un comportement normal ou anormal (Cox, 1994). Selon cet auteur, la plupart des comportements pathologiques diffèrent quantitativement de la norme en termes de sévérité et de dysfonctionnement social ; alors que peu de maladies mentales chez l'enfant se différencient qualitativement des manifestations normales (Cox, 1994). Le développement global de l'enfant s'effectue dans différents contextes (famille, école, pairs) et à différents niveaux (émotionnel, socioaffectif, cognitif et moteur).

2.2.1.1. Développement émotionnel

Le développement émotionnel commence dès la naissance. Le nourrisson manifeste des réactions émotionnelles aux voix entendues et aux expressions des visages (Bee et Boyd, 2003). Des échanges interactifs réciproques s'installent entre le bébé et sa mère, ces interactions sont régulées par les émotions de chacun (Dantzer, 2002). Elles façonnent la personne en devenir.

La construction de sa personnalité dépend de la capacité qu'à la mère de satisfaire l'enfant par ses caresses, d'accéder par ses soins et ses bercements aux demandes du nourrisson car elle représente autant la fonction de protection, de socialisation (ma mère m'emmène avec elle), de contenant (ma mère peut porter mes inquiétudes) et de contenu (ma mère sait ce que je ne sais pas) (de Broca, 2006, p. 101).

La notion d'attachement chez le jeune enfant se construit dans les interactions et la communication avec sa mère. Ces échanges sociaux suscitent le plaisir et le bien-être. Il s'agit d'un système mis en place par l'enfant pour garder le lien avec sa mère ou la figure maternelle de substitution même durant son absence. Cette phase a une importance fondamentale car l'enfant perçoit sa mère ou son père comme une base de sécurité et de protection. Ce sentiment de sécurité favorise le développement des relations sociales et l'exploration du monde (Bowlby, 2007a). Entre six et huit mois, l'enfant présente des réactions d'angoisse devant des figures inconnues et lorsqu'il est séparé de ses parents ou qu'ils ne sont plus dans son champ de vision (Tourrette et Guidetti, 1998). Les enfants qui ont développé un attachement sécurisant parviennent plus aisément à surmonter cette étape de la peur de l'étranger et de l'angoisse de séparation car ils sont plus facilement consolés et font preuve de meilleures compétences sociales (Papalia, Olds, Feldman et Bève, 2010). Face à une nouvelle tâche, ils sont plus curieux et plus persévérant, il est noté chez eux une plus grande maturité (Bee et Boyd, 2003). La négligence et les mauvais traitements sont parfois considérés comme la conséquence de l'échec de la formation du lien affectif (Bee et Boyd, 2003). Cette période se caractérise par une fragilité et une grande sensibilité en vue de l'organisation de nouveaux équilibres (Dongier, 2001). A la fin de la première année, le jeune enfant est capable de prendre son indépendance émotionnelle durant un laps de temps, il sollicite son entourage lors de ses jeux et de ses expériences. Il s'enrichit de comportements de plus en plus complexes.

Durant la deuxième année, l'enfant commence à marcher et à parler. Du point de vue psychologique, l'enfant se détache de sa mère pour accéder à sa propre identité. Si le proces-

sus inné de séparation-individualisation décrit par Mahler ne se déroule pas normalement, il conduit à des comportements de type psychotique à long terme (Deldime et Vermeulen, 2004). Durant cette période, le jeune enfant se reconnaît dans le miroir et acquiert son identité sexuelle. Un développement affectif sain et des relations avec les parents de qualité se reflètent dans la capacité de l'enfant à jouer librement et dans l'apparition du jeu symbolique (Dongier, 2001). En grandissant, les enfants sont toujours plus conscients de leurs émotions et celles des autres. Entre 6 et 11 ans, ils expérimentent des émotions complexes comme la fierté, la honte et la culpabilité (Papalia et al., 2010). Ils acquièrent également l'aptitude à verbaliser leurs émotions. Le concept de soi se complexifie à partir de la prime enfance et subit des changements significatifs durant l'enfance et l'adolescence (Bee et Boyd, 2003). Il évolue tout au long de l'existence. A partir de 5 ans, le concept de soi s'enrichit grâce à la variété des expériences nouvelles apportées par la vie scolaire et sociale. De même, l'estime de soi se construit à partir des interactions précoces de l'enfant (Papalia et al., 2010). La régulation mutuelle et l'attachement sécurisant favorisent une perception de soi positive et contribuent à développer des compétences sociales saines.

2.2.1.2. Développement social

Tant à l'école qu'à la maison, la socialisation entre pairs s'intensifie et joue un rôle fondamental dans la construction des aspects relationnels chez les enfants. A partir de 6 ans, les relations se tissent principalement entre enfants de même sexe, la différenciation ne survient qu'au moment de la préadolescence. En fonction des expériences vécues dans les premières années de vie, le début de la scolarité varie considérablement d'un enfant à l'autre. Il dépend des compétences acquises précédemment, de l'environnement dans lequel l'enfant évolue, ainsi que de certaines caractéristiques personnelles. Il va s'en dire que les expériences précoces et le tempérament de l'enfant influent sur le développement des compétences sociales. En effet, Bee et Boyd soulignent que

(...) les comportements sociaux des enfants sont très différents selon leur tempérament. Les enfants qui ont un tempérament difficile sont plus susceptibles de manifester un jour des troubles du comportement ou de la délinquance que les enfants qui ont un tempérament facile (2003, p. 225).

Il a été mis en évidence qu'un enfant qui a développé de bonnes aptitudes communicationnelles aura plus de chance de se faire des amis, d'être persévérant et créatif dans la réalisation des tâches scolaires et la résolution de problèmes (McCain, Mustard, et Shanker, 2007). Les relations amicales ont des effets bénéfiques sur le développement affectif et la scolarité

des élèves. Les enfants se sentent heureux et soutenus d'aller à l'école et apprennent de leurs pairs à distinguer les comportements acceptables de ceux qui ne le sont pas (Papalia et al., 2010). Un développement émotionnel et social sain a une incidence positive sur le reste du processus développemental.

2.2.1.3. Développement cognitif et moteur

Dans le processus développemental, la maturation du système nerveux central tient un rôle capital.

L'ensemble du développement de l'enfant est en fait inéluctablement lié non seulement à la grande plasticité du système nerveux au début de la vie, au ralentissement rapide de cette plasticité et aux ressources que l'enfant déploie dans son adaptation au monde, mais également aux marques indélébiles imprimées dans sa mémoire par chaque instant de la vie (Dongier, 2001, p. 55).

La période développementale de 6 à 12 ans est très importante au niveau neurologique. L'enfant est stimulé par les apprentissages scolaires réalisés, il se perfectionne dans des activités de son choix (sports, arts), il développe sa personnalité grâce aux traits distinctifs qui le différencient de ses pairs (Bouchard et Fréchette, 2011). En ce qui concerne le développement moteur et psychomoteur, d'importants changements surviennent durant cette étape de croissance. La motricité globale et la motricité fine augmentant de précision, l'enfant acquiert de nouvelles compétences (course, saut, lancer de ballons, calligraphies, coordination œil-main, etc.). De nombreuses théories explicitent les acquisitions faites dans les différentes dimensions du processus développemental. Selon les théories de Freud, cette étape est caractérisée par une diminution des activités sexuelles. La phase de latence permet à l'enfant d'investir les apprentissages scolaires et les relations avec les pairs qui s'expliquent par une sublimation des pulsions sexuelles (Dongier, 2001 ; Deldime et Vermeulen, 2004). Pour Piaget, l'enfant acquiert de nouvelles opérations mentales et de nouvelles structures qui s'accompagnent d'une réorganisation biologique, psychologique et sociale (Dongier, 2001). D'un point de vue cognitif, l'intelligence devient de plus en plus opératoire: se basant au départ sur des expériences concrètes, elle évolue vers la réalisation des tâches toujours plus complexes ; à partir de 11 ou 12 ans le raisonnement concret s'éteint pour faire place à un raisonnement plus abstrait (de Broca, 2006). Un développement optimal dans ces différents aspects favorise une bonne santé mentale, gage d'une scolarité en adéquation avec les potentialités de l'enfant.

2.2.2. Manifestations des troubles émotionnels et comportementaux à l'école

La vocation de l'école est de promouvoir chez les élèves les compétences développementales associées à l'apprentissage comme la réussite scolaire, la motivation, l'estime de soi positive et les relations sociales saines. Dans certaines occasions, l'expérience scolaire exacerbe les difficultés de fonctionnement déjà présentes (Roeser et Eccles, 2000). Ses structures, ses exigences quant aux performances et sa tendance à l'homogénéité révèlent des difficultés inconnues avant le début de la scolarité de l'enfant (Kauffman et Landrum, 2009). Les enfants souffrant de troubles émotionnels et comportementaux sont mal armés pour affronter les défis proposés par l'école. Leur qualité de vie est nettement inférieure à celle des pairs, ils ont une mauvaise estime d'eux-mêmes et des performances scolaires insuffisantes (Nurcombe, 2007). L'école est, à elle seule, un lieu de prévention comme une source potentielle d'ennuis.

2.2.2.1. Inadaptation scolaire et difficultés d'apprentissage

En contexte scolaire, les troubles internalisés et externalisés ont une incidence sur les processus cognitifs et les stratégies d'apprentissage. Entre 24% et 54% des élèves en difficultés d'apprentissage ont des troubles externalisés (Johnson, 2002). Environ 12% d'enfants en âge scolaire présentent des problèmes émotionnels accompagnés de difficultés scolaires (Roeser et Eccles, 2000). L'association entre les troubles internalisés et les difficultés d'apprentissage ou des performances scolaires insuffisantes a été scientifiquement objectivées (Reid, Gonzalez, Nordness et Epstein, 2004 ; Soles et al., 2008). Les études menées sur les troubles dépressifs et les troubles d'apprentissage dans l'enfance s'accordent à établir une moyenne de 50% d'enfants à risque de développer les deux troubles (Heath, 1992; Palladino, 2000; Pacifico, 2010). Il n'est pas possible de déterminer lequel des deux survient en premier. Les symptômes dépressifs et anxieux engendrent des problèmes de concentration, de mémorisation et d'attention qui affaiblissent quantitativement le fonctionnement scolaire (Rapport, Denney, Chung, et Hustace, 2001). Dès lors, les élèves accomplissent moins de travail, ils sont moins persévérants face aux difficultés scolaires et ont tendance à abandonner plus facilement leur tâche lorsqu'ils sont confrontés à des défis (Roeser et Eccles, 2000). Pour l'instant, l'effet à long terme du déficit cognitif associé aux problèmes internalisés sur les résultats et la réussite scolaires est mal compris (Rapport et al., 2001). Force est de constater que certains élèves souffrant de dépression sont capables d'exceller en classe afin de plaire aux adultes et de compenser une faible estime de soi (Son et Kirchner, 2000). Ce cas de figure se rencontre rarement chez les élèves présentant des troubles externalisés.

Plusieurs types de difficultés scolaires comme les troubles d'apprentissage, les troubles du langage, les troubles de la lecture et le manque de réussite scolaire sont fortement corrélés aux troubles externalisés (Hinshaw, 1992). Maughan, Rowe, Loeber et Stouthamer-Loeber (2003) confirment que les troubles de la lecture sont fortement corrélés avec la plupart des troubles externalisés, ainsi qu'un niveau élevé de dépression, notamment chez les garçons âgés de 7 à 10 ans. L'association de ces troubles se modifie au fur et à mesure du développement. En âge scolaire, les troubles d'apprentissage sont surtout associés à la symptomatologie du déficit d'attention/hyperactivité alors qu'à l'adolescence les déficits verbaux et le manque de réussite scolaire sont fortement associés aux conduites antisociales (Hinshaw, 1992). Les comportements agressifs entraînent plus fortement des mauvaises performances scolaires et des risques d'abandon scolaire (Roeser et Eccles, 2000). Les élèves souffrant de troubles externalisés encourent un risque élevé de devoir effectuer leur scolarité en classe spéciale (Müller, 2010), car ils cumulent inadaptations scolaires et déficits sociaux.

2.2.2.2. Inadaptation sociale liée aux troubles internalisés et externalisés

Les enfants en âge scolaire souffrant de troubles émotionnels et comportementaux démontrent des habiletés et une intégration sociales fortement déficitaires (Desbiens, Bowen, et Allard, 2011 ; Lambros et al., 1998 ; Soles et al., 2008). La symptomatologie dépressive empêche les enfants d'adopter des habiletés sociales adéquates. Par conséquent, le risque de solitude, de rejets des pairs et d'isolement social est élevé (Huberty, 2012). Les enfants avec des problèmes émotionnels capables d'établir des relations positives avec les pairs ont un meilleur pronostic que ceux moins enclins à tisser des liens avec autrui (Oland et Shaw, 2005). Malheureusement, des habiletés sociales déficitaires exacerbent la symptomatologie dépressive qui interfère à son tour avec les capacités à interagir socialement. Contrairement aux troubles internalisés caractérisés par une intériorisation des comportements et des émotions, les inadaptations sociales des troubles externalisés s'expriment souvent par des actes agressifs à l'encontre des autres.

Le rejet par les pairs est la séquelle négative associée aux conduites antisociales la plus rapportée par la littérature scientifique (Greenman, 2009). En conséquence, ces jeunes s'associent à des pairs déviants qui les encouragent à défier l'autorité et à se conformer aux attentes du groupe plutôt qu'aux règles sociales en vigueur (Cullinan, 2007b). La souffrance endurée par plusieurs années d'inadaptation sociale les conduit à martyriser les pairs ou les adultes de leur entourage. Les infractions aux normes sociales commises par la population infanto-juvénile consistent à adopter des comportementaux considérés illégaux pour leur âge

(p. ex., consommer de l'alcool, avoir des relations sexuelles précoces, sortir tard le soir, fuir, manquer l'école) (Cullinan, 2007b). Ces pratiques ne sont pas adaptées au processus développemental de l'enfant et de l'adolescent. A long terme, elles ont une incidence négative sur les aspects personnels et psychologiques du jeune adulte. L'étude de Bongers et al. (2008) analyse les liens prédictifs entre la trajectoire de plusieurs comportements externalisés à début précoce et un éventail d'inadaptations sociales à l'âge adulte. Les résultats montrent que des comportements agressifs et violents importants dans l'enfance augmentent le risque de présenter un déficit social sérieux à l'âge adulte.

Les manifestations des troubles émotionnels et comportementaux aux mêmes titres que les inadaptations scolaires et sociales ont une valeur prédictive dans la trajectoire développementale. Leur association n'est plus à confirmer par contre l'ordre de leur apparition demeure peu clair. Il est difficile de déterminer si un enfant développe un trouble émotionnel et comportemental à la suite de plusieurs tentatives infructueuses d'entrer en relation avec ses pairs en raison de pauvres compétences sociales ou au contraire si le trouble émotionnel et comportemental est à l'origine d'une socialisation déficitaire (Soles et al., 2008; Merrell, 2008b). De même, les difficultés d'apprentissage et le trouble mental s'influencent et se renforcent mutuellement sans qu'il soit possible de savoir lequel des deux survient en premier. Les troubles émotionnels et comportementaux n'interfèrent pas seulement sur l'adaptation scolaire et sociale des élèves, mais également sur les compétences professionnelles des enseignants et le bien-être des autres élèves de la classe. Les relations tissées par l'enseignant avec ses élèves en souffrance psychique ont une influence sur son appréciation du trouble.

2.2.3. Interactions bidirectionnelles entre l'enseignant et l'élève souffrant de troubles émotionnels et comportementaux

Le modèle transactionnel de Sameroff et Chandler (1975, cité par Sameroff et Mackenzie, 2003) est transposable à l'environnement scolaire car les interactions entre l'élève et l'enseignant sont aussi considérées de manière bidirectionnelle. Le comportement de l'élève souffrant de troubles émotionnels et comportementaux influence l'attitude de son enseignant à son égard qui elle-même influe sur le comportement de l'élève. De même, le comportement de l'enfant s'ajuste aux attentes de son enseignant et ce dernier adapte ses attentes en fonction des perceptions et des représentations qu'il a du comportement de son élève (Gosling, 1992). L'interaction entre l'enfant et son environnement est envisagée comme un système auto-organisateur dont les propriétés émergentes ne sont attribuées ni à l'un ni à

l'autre, mais à une forme de causalité circulaire (Perret et Faure, 2006a). A long terme, si les interactions négatives entre l'enseignant et l'élève perdurent, la classe devient un environnement aversif qui favorise les comportements d'évitements réciproques entre les deux protagonistes (Shores et Wehby, 1999). Au fil du temps, les enseignants se désintéressent d'instruire les élèves manifestant en permanence des comportements perturbateurs. Le fait d'être soumis à un renforcement négatif constant et d'expérimenter peu de renforcements positifs encourage l'élève à adopter une attitude d'impuissance apprise (Sutherland et Singh, 2004). Ce sentiment d'impuissance apprise s'alimente et perdure grâce à la boucle d'interactions entre l'élève et l'enseignant. La difficulté à gérer les problèmes de conduites dans leur classe incitent les enseignants à mettre en place des mécanismes de défense pour leur bien-être personnel et celui des autres élèves. Les problèmes disciplinaires (p.ex., les comportements perturbateurs incessants, le bruit des élèves, leur manque de politesse ou leur attitude face au travail) et le stress en classe influent sur l'épuisement émotionnel des enseignants (Genoud, Brodard, et Reicherts, 2009). Face à cette situation devenue incontrôlable pour lui, l'enseignant se sent impuissant, incompetent et stressé. A la longue, le mode de communication devient toujours plus négatif et la gestion des comportements déviants devient toujours plus coercitive.

Le fait de se sentir incompetent dans la gestion des troubles émotionnels et comportementaux est considéré comme un stresser qui favorise le "turnover" chez les enseignants (Adera et Bullock, 2010). Dans leur étude sur les conditions de travail des enseignants, Albrecht, Johns, Mounstevan et Olorunda (2009) montrent que les enseignants avec moins de 6 ans d'expérience dans le domaine de la psychopathologie encourent un risque significativement élevé de quitter leur travail dans les deux ans. Le stress est connu pour jouer un rôle important dans les interactions et la perception de l'enseignant envers les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux (Adera et Bullock, 2010). Lorsque les enseignants évaluent ces troubles, ils sont influencés par leurs représentations et les réactions suscitées par les comportements perturbateurs. La perception des troubles a une incidence sur les capacités des enseignants à les détecter et sur la décision de les signaler

2.2.4. Attitudes et perceptions des enseignants confrontés aux troubles émotionnels et comportementaux

Dans l'ensemble, les études montrent que les enseignants tendent à avoir des attitudes plutôt positives à l'égard de leurs élèves. Le genre de l'élève et la forme du trouble ont une incidence significative sur les réactions des enseignants. Leurs attitudes sont plus positives à

l'égard des filles que des garçons, plus les troubles de comportement augmentent plus la perception est négative, les attitudes sont moins positives à l'égard des élèves avec des difficultés scolaires et des élèves rejetés (problèmes de comportement) ou inhibés (problèmes émotionnels) (Fortin, Marcotte, Royer et Potvin, 2000 ; Potvin et Rousseau, 2008). Dans ce sens, l'attitude des pairs envers l'élève présentant un trouble émotionnel ou comportemental est fortement influencée par celle de l'enseignant; si elle est négative, l'élève subira du rejet de leur part (Heath, 1992; Marcotte, 2003). Les enfants issus de milieux sociaux défavorisés ou de familles monoparentales, surtout les garçons, sont plus souvent identifiés comme ayant des troubles émotionnels et comportementaux (Banks, Shevlin et McCoy, 2012). Selon ces auteurs, la perception des enseignants sur le comportement des élèves étant fortement influencée par les performances scolaires, leur jugement est biaisé quand l'enfant est peu performant et moins adapté au fonctionnement scolaire.

Les enseignants ont une perception négative de leurs aptitudes à enseigner et le sentiment de ne pas être capables de répondre aux besoins des élèves avec des troubles émotionnels et comportementaux (Heflin et Bullock, 1999). Ces auteurs montrent que le premier argument invoqué par les enseignants contre une inclusion complète est la présence de troubles comportementaux. Il n'en demeure pas moins que les enseignants manifestent de l'intérêt pour cette problématique susceptible de les toucher à tout moment. Les enseignants du cycle primaire se sentent concernés par la santé mentale de leurs élèves et sont conscients du rôle important à jouer en classe (Roeser et Midgley (1997). Ils expriment aussi le besoin d'être formé à la gestion des problèmes de comportement en classe (Heflin et Bullock, 1999). Pour eux, répondre aux besoins en santé mentale de leurs élèves fait partie des tâches d'un enseignant.

2.2.5. Utilisation des services en santé mentale à l'école par les enseignants

Les enseignants ont conscience de leurs limites et savent quand ils ont besoin de soutien pour accompagner les enfants souffrant de troubles émotionnels et comportementaux. Il est rare qu'ils s'adressent directement au psychologue scolaire ou à un clinicien (Cullinan, 2007b; Ford et Nikapota, 2000). Lorsqu'un élève manifeste des problèmes émotionnels et comportementaux en classe ordinaire, les enseignants adoptent généralement une démarche en trois étapes (Cullinan, 2007b), à savoir : 1) ils commencent par lui venir en aide en minimisant les perturbations et en apportant des changements dans les pratiques de classe, 2) en plus d'adapter l'enseignement et la gestion de la classe, ils sollicitent un conseil

auprès de collègues et contactent les parents, 3) si le problème persiste malgré les adaptations informelles mises en place, les enfants sont signalés pour investigation auprès des services psychologiques. Dans leur étude sur l'évaluation de l'attitude des enseignants à l'égard des services en santé mentale pour enfants, Ford et Nikapota (2000) rapportent que dans l'ensemble les enseignants sont satisfaits de la collaboration entretenue avec les cliniciens. Ils manifestent le besoin d'obtenir un soutien rapide et de communiquer sur les difficultés de l'élève. Ils déplorent le fait qu'une fois l'enfant signalé, ils ne sont plus impliqués dans le processus thérapeutique pour des raisons de confidentialité, alors qu'ils assument toujours la prise en charge scolaire et les problèmes relatifs au trouble. Pour que les ressources soient optimisées, la prise en charge des troubles émotionnels et comportementaux nécessite la collaboration et le décloisonnement des différentes professions intervenant auprès des enfants (Spence et al, 2005; Stark, 1990). Un partenariat efficace entre les acteurs médicaux, sociaux, scolaires et éducatifs a une incidence positive sur le succès de l'intervention psycho-éducative. Malheureusement, trop peu d'enfants en souffrance psychique bénéficient d'une identification précoce et d'une prise en charge adaptée.

2.3. Dépistage et interventions précoces

L'identification et l'intervention précoce des troubles émotionnels et comportementaux se justifient par une prévalence élevée de troubles émotionnels et comportementaux. Une étude réalisée dans le canton de Zurich observe un taux de troubles mentaux de 22.48% chez les 7 à 16 ans (Steinhausen, 2003). Dans le canton de Fribourg, environ 15% des élèves (primaire et cycle d'orientation² confondus) présentent des problèmes internalisés et environ 10% des élèves ont des problèmes externalisés, ce taux variant selon le sexe, l'âge, la situation sociale de l'enfant et la cooccurrence d'un trouble internalisé (Hüsler, 2010). Ces taux sont comparables à ceux des études françaises, canadiennes et américaines (Abella et Manzano, 2006 ; Breton et Valla, 2001 ; Inserm, 2002, 2003 ; Waddell et Shepherd, 2002) synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12. *Prévalence et taux de consultation*

Prévalence globale des troubles mentaux dans la population infanto-juvénile (7 à 16 ans)	
⇒ Moyenne des études internationales	⇒ 20%
⇒ Suisse (étude réalisée à Zürich)	⇒ 22.5%
⇒ Prévalence des troubles émotionnels et comportementaux	⇒ 12.5% (moyenne des études internationales)

² Cycle d'orientation : secondaire I dans le canton de Fribourg (12 à 16 ans).

taux chez l'enfant en âge scolaire (7 à 13 ans)	
Troubles émotionnels ou internalisés	
⇒ Troubles anxieux	⇒ 2.4 à 21% (selon les études)
⇒ Troubles de l'humeur (état dépressif)	⇒ 0.5 à 2.5% (2 à 4 % selon les études)
Troubles comportementaux ou externalisés	
⇒ TDAH	⇒ 3 à 5%
⇒ troubles des conduites	⇒ 6 à 16% chez les garçons ⇒ 2 à 9% chez les filles
⇒ troubles oppositionnels avec provocation	⇒ 2 et 16%
Taux de consultations	
⇒ OMS	⇒ 10 à 22%
⇒ Suisse (consultation de pédopsychiatrie à Genève)	⇒ 10%

Un consensus scientifique estime qu'environ 5 % des enfants présentent un trouble émotionnel et comportemental suffisamment grave pour interférer sur les capacités d'apprentissage et nécessiter une prise en charge thérapeutique (Abella et Manzano, 2006 ; Merrell, 2008a ; Steinhausen, 2003). En revanche, il existe très peu de données sur les taux de prise en charge psycho-éducative de cette population. Selon l'OMS (2005), seules 10% à 22% des situations sont diagnostiquées par des professionnels en santé mentale. Selon des données américaines, seuls 6 à 7.5 % d'enfants et d'adolescents (6 à 17 ans) consultent pour des troubles mentaux et seuls 21 % ayant besoin des services de santé mentale sont évalués (Kataoka, Zhang et Wells, 2002). Une étude nationale australienne confirme qu'une infime proportion d'enfants ayant des troubles mentaux reçoit l'aide de professionnels (Spence et al., 2005). En Suisse, Abella et Manzano (2006) mentionnent que, sur la base des enfants et adolescents reçus par le Service médico-pédagogique à Genève, le taux de consultations se situe autour de 10% de la population infanto-juvénile. Il s'agit principalement d'enfants manifestant des problèmes externalisés. Les inégalités entre les enfants et les adolescents qui ont besoin de soutien et ceux qui en bénéficient réellement sont très importantes (Soles et al., 2008). L'étude de l'épidémiologie vise à fournir des chiffres utilisables pour l'amélioration des politiques et des programmes de soutien des enfants tant au niveau scolaire que communautaire (Tursz, 2001). Au vu de l'impact des troubles émotionnels et comportementaux sur les apprentissages scolaires des élèves et sur la qualité de l'enseignement, des mesures de prévention gagnent à être instaurées dès les premiers degrés de la scolarité.

2.3.1. Identification et intervention précoce des troubles émotionnels et comportementaux à l'école

Les écoles ont un rôle déterminant à jouer en matière de promotion de la santé mentale grâce à la mise en place de programmes favorisant un développement émotionnel et social

sain (OMS, 2001). L'adage stipulant que la prévention est préférable à la guérison s'applique pleinement aux troubles émotionnels et comportementaux. Il est reconnu qu'une prévention en amont est plus efficace que toutes interventions en aval une fois les troubles déclarés (Cullinan, 2007b). Des modèles de soutien selon les trois types de prévention définis par l'OMS (2001) ont été développés :

- La prévention primaire : tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux ;
- La prévention secondaire : tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie ;
- La prévention tertiaire : tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Le modèle pyramidal des soutiens, présenté ci-dessous, illustre la manière dont le dépistage, les procédures d'évaluation et les interventions sont reliées entre elles pour chacun des trois niveaux de prévention (Merrell, 2008a). L'avantage de ce modèle est que les mesures préventives concernent tous les élèves, à savoir : le 80% sans trouble, le 15% à risque de développer un trouble et le 5% à risque de présenter le trouble. La majorité des élèves bénéficie d'aide, même ceux qui ne sont généralement pas dépistés en raison de problèmes plus internalisés. Le soutien spécialisé est proposé en vue de favoriser et renforcer les comportements positifs. L'outil de dépistage a pour but d'évaluer les élèves afin de connaître leur besoin en prévention. Après sa passation, des mesures d'évaluation complémentaires et d'intervention aux trois niveaux de prévention sont proposées aux enseignants.

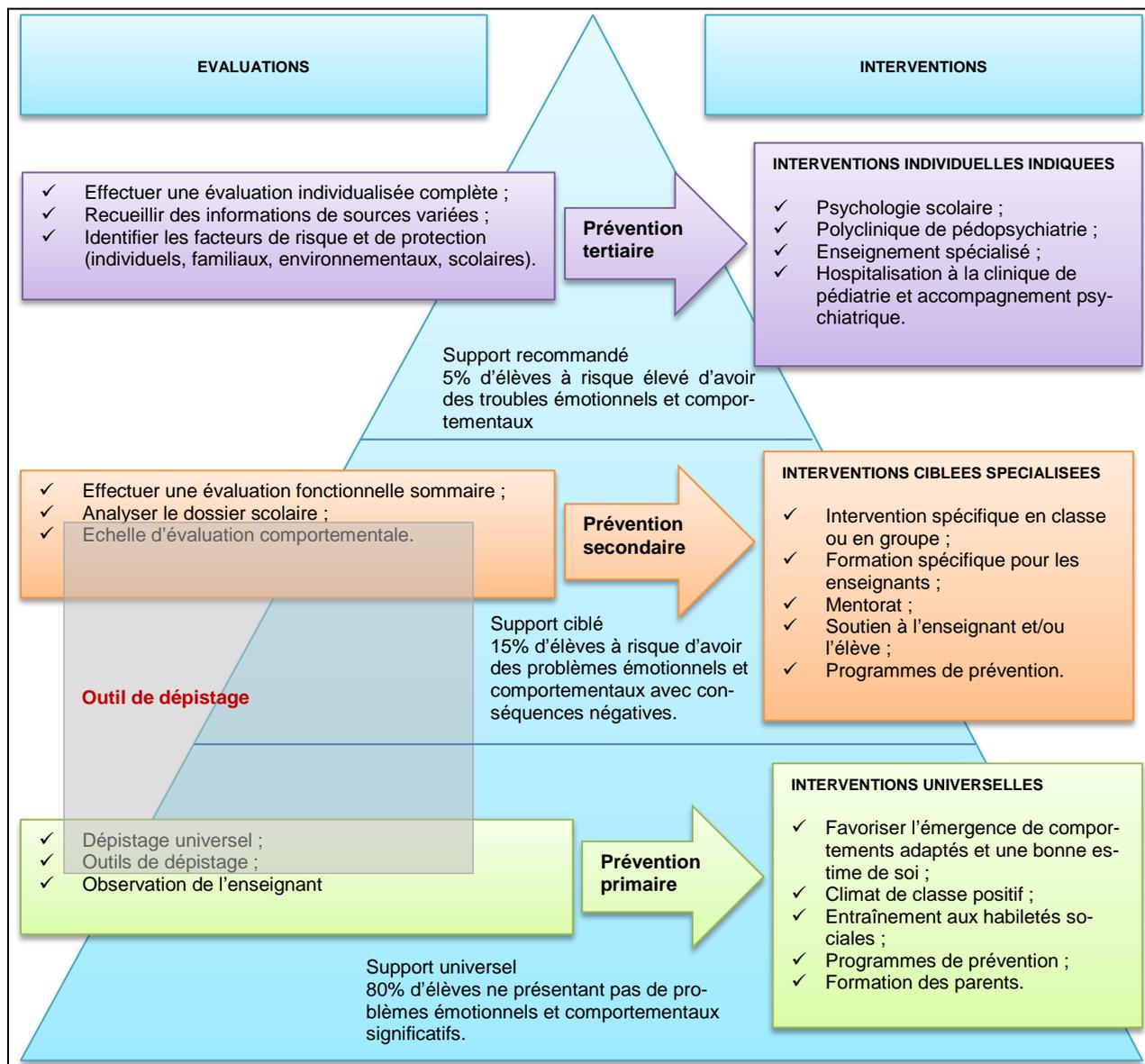


Figure 1. Le modèle pyramidal des soutiens à trois niveaux pour les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux (Merrell, 2008b, p. 23, traduction et adaptation libre)

Ce modèle préventif donne une visibilité de l'ensemble des évaluations et des interventions proposé. Son utilisation permet à l'administration scolaire et les professionnels de l'éducation d'organiser et d'évaluer efficacement les services disponibles (Evans, Rybak, Strickland, et Owens, 2014). Le décloisonnement des interventions entre les niveaux de prévention est favorisé, il permet aux différents intervenants de collaborer de manière plus efficiente en établissant des liens entre les différentes prises en charge (soutien spécialisé, psychomotricité, logopédie, psychologie scolaire, etc.). Confronté à une situation difficile, les professionnels agissent de concert et cherchent ensemble la solution la plus adaptée à l'enfant en souffrance (Sugai et Horner, 2002). L'instauration d'interventions ciblées à chaque niveau de

prévention agit sur les troubles émotionnels et comportementaux en tant que facteurs de protection. Leur objectif est de prévenir l'apparition d'un trouble émotionnel et comportemental ou de diminuer ses effets nocifs sur le processus développemental et sur le fonctionnement scolaire des élèves.

1) Prévention primaire : en classe

Les mesures à instaurer au niveau de la prévention primaire s'adressent à tous les élèves et visent à favoriser le développement de compétences socio-affectives au même titre que les compétences cognitives chez les élèves (Mooij et Smeets, 2009). Il est donc recommandé d'aménager la classe de telle sorte qu'il y ait un climat et un environnement propice à une évolution positive de l'estime de soi (Lanaris, 2006). Un climat de classe positif se définit comme un milieu stimulant favorisant la créativité et les apprentissages (Hüsler, 2010). Il permet aux élèves de nouer des liens amicaux avec leurs pairs et il favorise des contacts positifs avec les adultes (Bowen, Desbiens, Rondeau et Ouimet, 2000). Une gestion des comportements proactive en classe assure un environnement d'apprentissage respectueux où les attentes de l'enseignant sont clairement établies (Cullinan, 2007b ; Lanaris, 2006). Un cadre sécurisant composé de règles de vie claires et cohérentes appliquées avec constance, des attentes élevées de la part de l'enseignant pour tous les élèves sont des mesures qui favorisent la réussite scolaire et qui préviennent l'apparition ou l'aggravation des troubles émotionnels et comportementaux (Cameron, 1998 ; Fortin et al., 2000 ; Lanaris, 2006). Des stratégies d'enseignement efficaces qui inculquent, reconnaissent et renforcent les attitudes scolaires et sociales adaptées permettent d'éteindre progressivement les comportements problématiques (Evans et al., 2014). Les programmes de prévention universelle fondés sur les approches cognitivo-comportementales apprennent aux enfants et aux jeunes à gérer plus efficacement le stress, l'anxiété, la dépression et à construire des habiletés adaptatives positives. Ces interventions universelles favorisent la résolution des problèmes, la constitution d'un réseau social, l'amélioration de l'estime de soi et la confrontation à des modèles sociaux positifs (Farrell et Barrett, 2007). L'acquisition de nouvelles compétences pro-sociales diminue les conflits interpersonnels dans les écoles, les actes de violences ou d'intimidation (p.ex., racket, victimisation d'un pair, etc.) et prévient la consommation de drogues (Cullinan, 2007b). Dans une recherche réalisée dans le canton de Fribourg, Hüsler (2009) constatent que les troubles émotionnels et comportementaux tendent à s'aggraver au fil des années scolaires. Pour cet auteur, il serait souhaitable d'introduire dès la première année d'école un programme universel (prévention primaire) comme branche obligatoire sur des thèmes importants (autogestion, sens de la vie, etc.). Cet enseignement ferait partie intégrante du programme scolaire et se poursuivrait tout au long de la scolarité jusqu'à la for-

mation professionnelle. La promotion d'informations spécifiques auprès des parents, par exemple le développement normal et pathologique de l'enfant ou les conséquences des troubles mentaux sur la scolarité, sont des prérequis à la prévention primaire (Evans et al., 2014). L'instauration de mesures préventives efficaces implique la participation de tous les acteurs responsables du développement de l'enfant.

2) Prévention secondaire : à l'école

La prévention secondaire est nécessaire lorsque certains élèves manifestent des comportements déviants pas suffisamment graves pour être signalés en psychologie scolaire, mais dont les mesures universelles ne sont plus suffisantes. Dans ce contexte, il est nécessaire d'apporter un soutien spécialisé à l'élève, à l'enseignant et aux écoles (Mooij et Smeets, 2009). Ces interventions ciblées répondent aux besoins spécifiques de l'élève en souffrance et/ou de l'enseignant. La présence dans les écoles d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, logopédistes, enseignants spécialisés, éducateurs, travailleurs sociaux, etc.) formée pour accompagner les enseignants en prise avec les troubles émotionnels et comportementaux permet de chercher ensemble des solutions ou des stratégies d'intervention. Cette mesure est connue pour diminuer les troubles émotionnels et comportementaux, et les troubles d'apprentissage (Maras, 2005 ; Mieztis, 1992b ; Spence et al, 2005). De ce postulat découlent plusieurs pistes d'intervention. La mise en place d'une formation sur les troubles émotionnels et comportementaux adaptée aux enseignants améliore leurs compétences pour une gestion de classe proactive (Cullinan, 2007b), leurs connaissances sur une bonne estime de soi chez leurs élèves (Mieztis, 1992b) et leur sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 2003). L'acquisition de connaissances sur les troubles émotionnels et comportementaux par les enseignants maximalise les ressources en santé mentale disponibles dans les écoles (Guetzloe, 2007). Certains auteurs préconisent également le soutien spécifique à l'enseignant (Mieztis, 1992a) ou le mentorat par un clinicien (Morris, 1992). Le but de ces interventions est d'accompagner l'enseignant dans la gestion de comportements problématiques. Le clinicien commence par observer la relation entre l'enseignant et l'élève en difficulté, les attitudes et le fonctionnement en classe. Ensuite, les deux adultes élaborent des stratégies d'intervention au sein même de la classe. Il existe également différents programmes de prévention secondaire dont l'efficacité a été évaluée. Les résultats sont relativement satisfaisants à court et à moyen terme, mais demandent encore à être évalués par des chercheurs indépendants (Greenberg et al., 2001). Une méta-analyse sur l'évaluation du programme d'apprentissage des compétences émotionnelles et sociales (SEL, Social and Emotional Learning) montre que cette intervention a des effets positifs sur les compétences sociales des élèves (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor et Schellinger, 2011). Les limites de

ce programme surviennent lorsqu'il n'est pas appliqué de manière systématique et soutenue (Durlak et al., 2011). Ces programmes ne sont pas implantés en Suisse, à l'exception du programme universel PATH (Promoting Alternative THinking Strategies, Greenberg, Kusche, Cook et Quamma, 1995) qui est expérimenté dans le canton de Zurich (Hüsler, 2010). Les résultats de l'évaluation de ce programme dans le cadre de la prévention précoce de la violence et de l'agressivité dans les écoles zurichoises ne sont pas satisfaisants (Eisner et al., 2008). Les interventions auprès des enfants ont démontré certains effets positifs. Par contre, il n'y a pas eu d'amélioration dans la gestion des situations conflictuelles par des habiletés non-violentes et socialement adaptées (Eisner et al., 2008). Ces prises en charge préventives ont une influence favorable surtout sur les problèmes internalisés et sur les problèmes externalisés s'ils sont traités tôt ; malheureusement peu d'enfants et de familles y ont accès (Farrell et Barrett, 2007). Pour ces auteurs, la prévention offre une alternative aux écoles pour cibler le maximum d'enfants et de jeunes dans le but de réduire la prévalence des troubles émotionnels et comportementaux. Comme le confirme Cullinan (2007), un grand nombre d'enfants et d'adolescents avec des troubles émotionnels et comportementaux ne sont pas identifiés par l'école et ne bénéficient jamais de prévention tertiaire.

3) Prévention tertiaire : à l'école et dans le milieu familial

La prévention tertiaire s'adresse aux 5% d'élèves qui ont un trouble émotionnel et comportemental avéré. Cette mesure d'intervention intervient principalement lorsque les troubles ont un impact défavorable sur le développement de l'enfant et son environnement. La prise en charge peut être thérapeutique ou médicamenteuse (Evans et al., 2014), elle vise principalement l'élève en souffrance et sa famille. Dans les pays occidentaux, il s'agit de la prévention la plus répandue. En Suisse, selon la gravité des situations, l'offre va de la prise en charge en psychologie scolaire, en passant par un traitement pédopsychiatrique, à la scolarisation dans un centre thérapeutique ou dans l'enseignement spécialisé (p. ex. : institution spécialisée fermée). Le but de ces interventions thérapeutiques individualisées est de favoriser le maintien des élèves dans le circuit ordinaire et de limiter au minimum le placement dans une structure spécialisée.

A l'heure actuelle, la mise en place de programmes de prévention et d'interventions thérapeutiques adaptées sont connues pour éviter une trajectoire développementale défavorable, pour réduire l'incidence et la sévérité des troubles psychopathologiques dans la population infanto-juvénile, tout en promouvant une bonne santé mentale (Nurcombe, 2007). L'idéal serait que chaque enfant ou adolescent ait accès à des moyens visant à préserver ou améliorer son bien-être psychologique au sein de la communauté dans laquelle il vit. A l'échelon

mondial, il a été constaté que « l'éducation publique, en matière de santé mentale infantile se situe, de manière significative, loin derrière les autres problèmes de santé, dans tous les pays exceptés les pays les plus riches » (Belfer, 2008). Dans les pays occidentaux, malgré les recommandations de l'OMS, une planification de la prévention primaire et secondaire dans la population infanto-juvénile est rarement approuvée et financée par les instances politiques (Costello et al., 2005). Les gouvernements sont conscients de l'ampleur du problème en matière de santé publique, mais l'offre de prise en charge reste très inégale et est loin de combler tous les besoins. Par ailleurs, la formation en santé mentale est encore largement insuffisante chez les professionnels de l'enfance et de l'adolescence. Ce manque se retrouve à tous les niveaux de l'accompagnement, autant médical que psychologique, scolaire et éducatif (Belfer et al., 2007). Contrairement à la psychiatrie adulte, la santé mentale chez les enfants et les adolescents est un champ de recherche relativement récent (Tyano et Fleischman, 2007). Ceci étant, les mesures ayant une incidence sur l'amélioration de la santé mentale sont connues de longue date. Une planification efficace des mesures préventives et thérapeutiques suppose (Lebovici, 1990) :

- une approche globale de la santé ;
- une étude des besoins basée sur des recherches épidémiologiques en santé publique ;
- la mise en évidence de facteurs de risque en dehors du champ de la pathologie ;
- une aide apportée aux enfants et à leurs familles, lorsqu'elles sont soumises à des stress éprouvants.

Ces principes demeurent toutefois difficiles à appliquer car les troubles mentaux ont souvent une évolution chronique et exigent une grande persévérance dans leur suivi (Lebovici, 1990). Le secteur de la psychiatrie chez les enfants et les adolescents est en pleine expansion et n'évolue pas aussi rapidement que la demande de prise en charge. Comme le démontre une majorité de recherches en santé mentale seule une petite proportion d'enfants souffrant de trouble mentaux reçoit un traitement adapté (Costello et al., 2005). En général, les élèves manifestant des comportements externalisés bénéficient davantage d'interventions spécialisées ou d'orientations thérapeutiques car l'entourage les tolèrent plus difficilement (Gresham et Kern, 2007). Comparativement, les troubles internalisés sont beaucoup moins identifiés. Pour que l'école puisse se donner les moyens de prévenir la péjoration des troubles émotionnels et comportementaux (Cullinan, 2007a), il est indispensable que les enseignants de classe ordinaire soient capables d'identifier les signes précurseurs (Lane, Bruhn, Eisner et Robertson Kalberg, 2010). L'obstacle majeur demeure l'identification précoce des troubles car il existe peu d'instruments standardisés accessibles aux ensei-

gnants: la plupart du temps le dépistage des troubles émotionnels et comportementaux se fait par l'observation (Hüsler, 2010). Pour implanter un outil de dépistage à l'école, il importe de savoir si la mise à disposition d'outils de dépistage favorise l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux par les enseignants.

2.3.2. Inventaires de comportements et outils de dépistage

Les outils d'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux ont été principalement conçus par et pour les psychologues. Les instruments à disposition des professionnels de l'enfance sont plus souvent utilisés dans la recherche en psychologie que dans une perspective de dépistage ou de diagnostic (Lou, Anthony, Stone, Vu et Austin, 2006). Ces différents inventaires de comportements sont fondés soit sur les critères diagnostiques du DSM, soit sur les classifications empiriques, ils ont pour objectif d'aider le psychologue à repérer les manifestations psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent (Achenbach et Edelbrock, 1983 ; Bouvard et Perez, 2008 ; Huberty, 2012). Ils contribuent à la recherche sur les troubles psychopathologiques dans l'enfance. Au vu du développement cognitif et langagier restreint de l'enfant, la pose du diagnostic requière plusieurs étapes, à savoir : une analyse des aspects personnels, familiaux et environnementaux du jeune patient, une anamnèse développementale et familiale, l'observation directe des comportements, un entretien avec l'enfant, les parents, les enseignants, la passation d'échelles d'évaluation comportementales par l'enfant, les parents et les enseignants (Tinsley Li et Rogers, 2006 ; Huberty, 2012). Cette procédure fournit des informations sur les symptômes primaires, sur le type de pathologie et la sévérité des comportements présentés. L'enfant adopte des comportements différents selon le milieu qu'il fréquente. La récolte d'un maximum de renseignements auprès de plusieurs informateurs (p. ex., père, mère, enseignants, éducateurs, etc.) contribue à une évaluation globale de son fonctionnement (Bagner, Harwood et Eyberg, 2006). En général, les inventaires de comportements complètent l'approche clinique dans la pose du diagnostic, alors que les outils de dépistage servent à déterminer le type de prévention, primaire, secondaire ou tertiaire, nécessaire. Dans la pratique et dans la recherche, la différence entre ces deux types d'instrument d'évaluation n'apparaît pas toujours clairement. Les inventaires de comportement sont aussi utilisés pour l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux.

Chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans), l'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux se fait à partir d'hétéro-évaluation (questionnaires complétés par les parents et/ou les enseignants) et d'auto-évaluation (questionnaires complétés par le sujet lui-même).

Ces échelles d'évaluation sont d'une grande utilité pour les chercheurs et les cliniciens même si elles sont des "miroirs imparfaits" ne reflétant que certaines caractéristiques du comportement socio-émotionnel et du fonctionnement humain (Eliott et Busse, 2007). Durant ces vingt dernières années, la qualité de ces instruments d'évaluation s'est considérablement améliorée au niveau psychométrique. A l'heure actuelle, ces méthodes sont jugées comme efficaces par la recherche (Eliott et Busse, 2007 ; Huberty, 2012). Leur rôle est de décrire les comportements, de les catégoriser et d'évaluer les effets des interventions sur le fonctionnement des enfants. Ces échelles sont connues pour présenter plusieurs avantages (Huberty, 2012 ; Poirier et al., 2000 ; Slatter, 1992, cité par Morizot et al., 2001) :

- basées sur des concepts empiriques, elles comportent une certaine objectivité ;
- elles favorisent l'identification précoce des forces et des déficits potentiels des sujets ;
- elles permettent une comparaison des comportements dans différents contextes (à l'école, à la maison, etc.) ;
- elles sont simples et faciles à utiliser ;
- elles ne sont pas onéreuses ;
- le temps de passation est relativement court (entre 15 et 20 minutes pour la plupart d'entre elles) ;
- elles permettent d'obtenir rapidement et économiquement une quantité importante de données par différents acteurs (parents, enseignants, enfants, psychologues, éducateurs).

Les inventaires de comportements sont composés d'un nombre considérable d'items et fournissent des informations sur le diagnostic potentiel. L'outil de dépistage se caractérise par un nombre restreint d'items et un temps de passation plus bref. Ces instruments ont été conçus principalement en anglais, certains sont traduits et validés en langue française. Les plus réputés et connus sont en général disponibles en plusieurs langues, ils ont été traduits et adaptés culturellement. Certains sont utilisés dans des procédures de dépistage universel servant à identifier les élèves à risque de développer des troubles émotionnels et comportementaux du préscolaire au primaire (Lane et al., 2010). L'efficacité des outils de dépistage à identifier les troubles émotionnels et comportementaux en classe est déterminée empiriquement.

2.3.3. Revue de la recherche sur le dépistage précoce des troubles émotionnels et comportementaux

L'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux s'effectue à partir de questionnaires complétés par les parents et les enseignants qui observent l'enfant dans son environnement (Reinherz, Gordon, Morris et Anastas, 1983). Les deux qualités inhérentes aux outils de dépistage sont d'identifier les problèmes présents et de prédire les troubles futurs (Glover et et Albers, 2007). De nombreuses recherches ont été effectuées dans le but d'évaluer les propriétés de chaque outil de dépistage. L'efficacité des instruments de dépistage s'évalue principalement par l'étude de leur validité et leur fidélité.

Une revue de la littérature scientifique permet de répondre aux questions suivantes :

- a) Quelles sont les qualités psychométriques des outils de dépistage existants nécessaires à l'identification des troubles émotionnels et comportementaux ?
- b) Quels sont les bénéfices et les limites de l'utilisation d'outils de dépistage par les enseignants pour l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux ?

Une revue systématique et narrative de la recherche sont réalisées afin d'évaluer l'efficacité de ces outils et de mettre en exergue les apports et les limites de leur utilisation.

2.3.3.1. Propriétés psychométriques des outils de dépistage existants

Une revue de la recherche systématique a été réalisée sur les bases de données suivantes : "ScienceDirect", "PubMed" et "Ovidsp". Le premier objectif est de répertorier les articles permettant de savoir si les outils de dépistage ont les propriétés psychométriques satisfaisantes pour identifier les troubles émotionnels et comportementaux. Une première sélection de publications a été effectuée à l'aide des mots-clés suivants : "emotional and behavioral disorders", "screening", "psychometric properties", "teacher". Le filtre "Journal" est ajouté aux recueils d'informations.

Tableau 13. Revue de la recherche systématique

"ScienceDirect"	
Mots-clés	Nombre de publications
"emotional and behavioral disorders"	748
"screening"	307
"psychometric properties"	57
"teacher"	35
+ filtres : "Journal"	30
"PubMed"	
Mots-clés	Nombre de publications

"emotional and behavioral disorders"	75628
"screening"	25980
"psychometric properties"	524
"teacher"	12
"Ovidsp" :	
Bases de données : ERIC – Psychinfo – Medline – PsycArticles	
Mots-clés	Nombre de publications
"emotional and behavioral disorders"	3738
"screening"	297
"teacher"	33
"psychometric properties"	15

Au terme de la revue systématique de la recherche, 57 publications répondent aux critères initiaux. Trois doublons ont été supprimés. Les 54 études restantes subissent une seconde sélection effectuée manuellement afin de répondre aux critères définissant un outil de dépistage, à savoir : a) l'informateur est l'enseignant ("teacher's report or rating scale"), b) la population-cible est constitué d'enfants en âge scolaire (6 à 12 ans) ou préscolaire (3 à 6 ans) afin de comparer plusieurs outils de dépistage conçus pour l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux, c) la cotation se fait sur une échelle dichotomique ou une échelle de Lickert, d) les qualités psychométriques (validité et/ou fidélité et/ou sensibilité-spécificité) sont évaluées, e) l'efficacité de l'instrument à identifier les troubles émotionnels et comportementaux est mise en exergue, f) la présence des résultats démontrant l'efficacité de l'outil de dépistage lorsqu'il est utilisé conjointement à un autre instrument.

Parmi les 10 études correspondant aux caractéristiques édictées, 4 d'entre elles ont été retenues. Comme 8 publications concernent le "Strengths and Difficulties Questionnaire", seules l'étude originale réalisée par Goodman (2001) et l'étude de validation française (Capron, Thérond et Dyume, 2007) ont été sélectionnées. Elles sont présentées dans le tableau ci-après avec les études sur le "Early Childhood Inventory-4" (ECI-4, Sprakfin, Volpe, Gadow, Nolan, et Kelly, 2002) et la "Devereux Student Strengths Assessment" (DESSA, Nickerson et Fishman, 2009).

Tableau 14. *Etudes comparatives sur les propriétés psychométriques des outils de dépistage existant*

Instruments	Dimensions	Cotation	Indice de fidélité	Indice de validité	Sensibilité et spécificité
Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 2001) • Hétéro-évaluation (parents/enseignants) • 25 items	5 dimensions 1. Emotional symptoms 2. Conduct problems 3. Hyperactivity/inattention 4. Peer problems 5. Prosocial behavior 6. Total difficulties scores	Echelle de Lickert : 0 à 3	Consistance interne (α -Cronbach) 1. .67 (P), .78 (T) 2. .63 (P), .74 (T) 3. .77 (P), .88 (T) 4. .57 (P), .70	Nm	Nm

			(T) 5. .65 (P), .84 (T) 6. .82 (P), .87 (T) Test-retest (4 à 6 mois) 1. .57 (P), .65 (T) 2. .64 (P), .69 (T) 3. .72 (P), .82 (T) 4. .61 (P), .72 (T) 5. .61 (P), .74 (T) 6. .22 (P), .80 (T)		
--	--	--	--	--	--

Tableau 14 (suite).

Instruments	Dimensions	Cotation	Indice de fidélité	Indice de validité	Sensibilité et spécificité
Psychometric Properties of the French Version of the Self-Report and Teacher Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Capron, et al., 2007) <ul style="list-style-type: none"> • Hétéro-évaluation (enseignant) • Auto-évaluation (enfant) • Enfants âgés d'env. 12 ans • 25 items 	5 dimensions <ol style="list-style-type: none"> 1. Emotional symptoms 2. Conduct problems 3. Hyperactivity/inattention 4. Peer problems 5. Prosocial behavior 6. Total difficulties scores 	Echelle de Lickert : 0 à 3	Consistance interne (α -Cronbach) SDQ-T <ol style="list-style-type: none"> 1. .78 2. .76 3. .87 4. .64 5. .83 6. .83 Test-retest (6 semaines) <ol style="list-style-type: none"> 1. .72 (.62-.80) 2. .87 (.82-.91) 3. .89 (.85-.92) 4. .69 (.59-.78) 5. .63 (.51-.78) 6. .88 (.84-.92) 	Nm	Nm
A DSM-IV–Referenced Screening Instrument for Preschool Children: The Early Childhood Inventory-4 (Sprakfin, et al., 2002) <ul style="list-style-type: none"> • Hétéro-évaluation (parents/enseignants) • Enfants âgés de 3 à 6 ans • 94 items 	9 sous-échelles <ol style="list-style-type: none"> 1. ADHD Inattentive (I) type (9 items) 2. ADHD Hyperactive-Impulsive (HI) type (9 items) 3. ADHD Combined (C) type (both I and HI) 4. ODD(8 items) 5. Conduct Disorder (CD; 10 items) 6. Separation Anxiety Disorder (8 items, parent only) 7. Major Depressive Disorder (11 items) 8. Dysthymic Disorder (8 items) 9. <i>PDD (12 items, Autistic Disorder and Asperger's Disorder)</i> 	Échelle de Lickert : 0 à 4	Consistance interne (α -Cronbach) ECI-4-P <ul style="list-style-type: none"> • ADHD-I .91 • ADHD-HI .90 • ODD .93 • CD .87 • <i>Autistic Disorder .90</i> • Separation Anxiety Disorder .83 • Depressive Disorder .59–.68 ECI-4-T <ul style="list-style-type: none"> • Résultat identiques • CD et Autistic Disorder (>.84) • Depressive Disorders (42 à .54) 	Validité discriminante ECI-4-P et ECI-T: Pas d'interaction significative Validité convergente et divergente ECI-4-P x CBCL ECI-4-T x TRF Chaque sous-échelles corréle avec la sous-échelle correspondante du CBCL (TRF) et diverge avec les autres modérément à significativement	Sensibilité <ul style="list-style-type: none"> • ADHD .66 (P), .68 (E), .90 (P, E) • ODD .67 (P), .59 (E), .88 (P, E) • <i>PDD .50 (P), .63 (E), .74 (P, E)</i> Spécificité <ul style="list-style-type: none"> • ADHD .57 (P), .69 (E), .41 (P, E) • ODD .77 (P), .82 (E), .65 (P, E) • <i>PDD .90 (P), .88 (E), .73 (P, E)</i>

Tableau 14 (suite).

Instruments	Dimensions	Cotation	Indice de fidélité	Indice de validité	Sensibilité et spécificité
Convergent and divergent validity of the Devereux Student Strengths Assessment (Nickerson, et Fishman, 2009) <ul style="list-style-type: none"> • Hétéro-questionnaires (parents/enseignants) • Enfants 6 à 12 ans • 72 items 	8 sous-échelles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimistic Thinking (attitude of confidence and hopefulness about self and life situations), 2. Self-Management (success in controlling emotions and behaviors), 3. Goal-Directed Behavior (initiation of and persistence in task completion), 4. Self-Awareness (realistic understanding of strengths and limitations), 5. Social-Awareness (capacity to interact with others respectfully), 6. Personal Responsibility (care and reliability in actions contributing to group efforts), 7. Decision Making (problem solving), 8. Relationship Skills (actions that promote positive connections with others). 9. Total Protective factors scale 	Echelle de Lickert 0 à 4	Consistance interne des sous-échelles .87 à .93 Test-retest Sous-échelles .79 à .90 (P) Sous-échelles .86 à .94 (E) Score total .90 (P) Score total .94 (E)	Validité convergente : Score total du DESSA X BERS-2 .80 (P, E) Sous-échelles du DESSA X BERS-2 .41 à .77 (P) .48 à .79 (E) Score total du DESSA X BASC-2 (compétences adaptatives) .77 (P) .92 (E) sous-échelles .42 à .71 (P) .62 à .85 (E) Validité divergente : Sous-échelles DESSA X BASC-2 échelle clinique troubles externalisés -.50 (P) -.60 (E) Sous-échelles DESSA X BASC-2 échelle clinique troubles internalisés -.14 (P) -.26 (E)	Nm

Ces quatre publications mettent en avant les qualités psychométriques d'outils de dépistage existant. Contrairement au SDQ traduit et validé en plusieurs langues, dont la version française est intitulée "Questionnaire sur les points forts et les points faibles" (QPFPPF), le DESSA et le ECI-4 sont disponibles uniquement en anglais. Le SDQ est un outil de dépistage élaboré par Goodman (1997) et constitué de trois questionnaires différents. L'échelle d'évaluation pour les 4-16 ans est conçue pour être complétée par les parents et les enseignants. Il existe également une échelle d'auto-évaluation pour les 11-16 ans. La première étude montre que les cinq dimensions ont une bonne consistance interne. Les résultats du test-retest sont peu satisfaisants, probablement en raison du laps de temps trop long entre les deux passations (Goodman, 2001). Le test-retest est moins recommandé pour des instruments qui évaluent des états transitoires ou épisodiques (p. ex., troubles anxieux, troubles de l'humeur, états émotionnels) (Vallerand, Guay et Blanchard, 2004). Pour un outil de dé-

pistage, l'intervalle entre les administrations recommandé est de 4 à 6 semaines (Goodman, 2001). La concordance entre le questionnaire des parents et des enseignants est faible. La consistance interne du questionnaire-enseignant de la version française est satisfaisante à l'exception de la sous-échelle de troubles relationnelles avec les pairs qui est plus basse (Capron et al., 2007). Le test-retest montre une stabilité modérée pour le score total et les différentes dimensions, à l'exception des troubles relationnelles avec les pairs et la sous-échelle prosociale. Les qualités psychométriques du questionnaire-enseignant de la version française testées sont compatibles avec celles de Goodman (2001). D'autres études qui évaluent les propriétés psychométriques du SDQ montrent qu'il possède de bonnes capacités à identifier les enfants à risque (Goodman, 1997, Goodman et Goodman, 2011 ; Palmieri et Smith, 2007). La distinction entre les troubles émotionnels et comportementaux n'est pas satisfaisante car il s'agit principalement d'un instrument utile au dépistage universel et à la récolte d'informations sur la prévalence de l'adaptation émotionnelle et comportementale (Hill et Huges, 2007). En raison du nombre restreint d'items, le SDQ n'est pas conçu pour identifier des pathologies inhabituelles (Janssens et Deboutte, 2009). Le SDQ répond parfaitement aux besoins des chercheurs et il est utilisé dans les recherches épidémiologiques. Par contre, peu de professionnels de l'enfance en font usage malgré son accessibilité et sa simplicité d'utilisation. La principale limite du SDQ est qu'il n'offre pas de propositions d'intervention après interprétation des résultats (Lane, Menzies, Oakes et Kalberg, 2012). Comme les inventaires de comportement, cet outil de dépistage est conçu et utilisé principalement par les psychologues et n'accède que rarement aux besoins des enseignants.

Le "Early Childhood Inventory-4" (ECI-4) est un inventaire de comportement évaluant les symptômes des troubles externalisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, déficit d'attention/hyperactivité), des troubles internalisés (troubles anxieux et dépressifs) et des troubles du spectre de l'autisme sur la base des critères diagnostiques du DSM-IV parmi les enfants d'âge préscolaire. L'étude présentée met en exergue la validité de cet outil pour identifier les troubles chez les jeunes enfants (3 à 6 ans). Les résultats de la validité convergente et divergente montrent une corrélation modérée à élevée entre les sous-échelles de l'ECI-4 (parent/enseignant) et celles du CBCL/TRF³ (Sprakfin et al., 2002). Cette étude met en exergue l'efficacité de l'ECI-4 à identifier les troubles externalisés et les troubles du spectre de l'autisme. Par contre, cet instrument n'a dépisté que peu d'enfants présentant des troubles des conduites, des troubles dépressifs et anxieux. Il peut s'agir tant d'une limitation due à l'ECI-4 que d'une limitation due à l'âge de l'échantillon, puisque ces

³ "Child Behavior Checklist" (CBCL) et "Teacher Report Form" (TRF) (Achenbach et Rescola, 2001)

troubles sont connus pour survenir plus tardivement. L'ECI-5 a été adapté aux nouveaux critères du DSM-5.

La "Devereux Student Strengths Assessment" (DESSA) est une échelle d'évaluation composée de 72 items qui évalue les compétences sociales et les facteurs de protection de la population infanto-juvénile du jardin d'enfant à la huitième année. L'étude présentée évalue la validité convergente et divergente du DESSA à l'aide de deux autres inventaires de comportement (BERS-2⁴ et BASC-2⁵). Le score total de la DESSA et ses sous-échelles présentent des corrélations modérées à élevées avec ceux des BERS-2 et BASC-2 (Nickerson et Fishman, 2009). La validité convergente a été mise en exergue tant pour le questionnaire de l'enseignant que celui des parents. L'évaluation de la validité divergente montre des corrélations négatives modérées. Ces dernières sont plus élevées pour les sous-échelles des troubles externalisés de la DESSA et de la BASC-2 chez les enseignants que chez les parents. Ce questionnaire a l'avantage d'évaluer des items liés aux mécanismes d'adaptation plutôt que des items cliniques comme la plupart des outils de dépistage (Nickerson et Fishman, 2009). Comme le SDQ, l'ECI-4 et le DESSA ne fournissent pas de pistes d'intervention. Ils informent les parents et les enseignants sur la présence de troubles émotionnels et comportementaux, évaluent les interventions cognitivo-comportementales en place et permettent un signalement en psychologie scolaire.

Ces trois outils de dépistage présentent des qualités psychométriques satisfaisantes pour identifier des troubles émotionnels et comportementaux. Toutefois, ils ont plus de peine à évaluer les troubles internalisés comme la plupart des inventaires de comportement existants. En respectant les règles strictes d'une revue systématique de la recherche, il est difficile d'obtenir davantage d'études comparatives. Ces quatre études répondent partiellement aux questions proposées en début de chapitre. Pour compléter ce questionnement, sur l'efficacité et les limites des outils de dépistage, une revue de la recherche narrative a été réalisée.

2.3.3.2. Efficacité et limites des instruments de dépistage à l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux à l'école

Cette récolte d'informations s'est effectuée sur les bases de données suivantes : "ERIC", et "Google". Différents mots-clés ont été proposés : "emotional and behavioral disorders"; "early

⁴ Behavioral and Emotional Rating Scales-2 (BERS-2; Epstein, 2004)

⁵ Behavior Assessment System for Children-2 (BASC-2; Reynolds & Kamphaus, 2004).

screening"; "early identification"; "efficiency"; "children". Certaines recherches ont été sélectionnées à partir de l'analyse de la bibliographie des articles les plus pertinents sur le dépistage précoce des troubles émotionnels et comportementaux. Ces opérations ont été répétées à plusieurs reprises afin de réunir quatre publications qui répondent aux critères suivants :

- les échelles d'évaluation sont complétées par l'enseignant seul ou l'enseignant et les parents ;
- l'efficacité des échelles d'évaluation et des outils de dépistage à identifier les troubles émotionnels et comportementaux est mesurée (analyses de spécificité et de sensibilité) ;
- les échantillons sont composés d'enfants scolarisés au primaire et au préscolaire pour les études longitudinales. Ils sont âgés de 4 à 12 ans.

Ces recherches ne mesurent pas les mêmes caractéristiques et ne peuvent donc pas être comparées les unes aux autres d'un point de vue méthodologique. Elles ont été choisies car les dimensions évaluées fournissent une réponse à la deuxième question posée en début de chapitre, à savoir si les outils de dépistage, lorsqu'ils sont complétés par les enseignants, favorisent l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux.

Tableau 15. Revue narrative sur l'efficacité du dépistage précoce à l'aide d'outils d'évaluation

Auteurs	Instruments	Dimensions	Echantillon	Résultats
Dwyer et al. (2006)	Nomination par observation CBCL, FRFC P (parents) TRF, FRFC T (enseignants)	Troubles internalisés (TI) Troubles externalisés (TE) Tous les troubles (TIE)	N = 1717 enfants (4 à 8 ans) 52.7 % de filles.	<p>T1</p> <p>FRFCP/observation</p> <p>Sensibilité</p> <p>TI 30/45.7 %</p> <p>TE 63.2/52.6 %</p> <p>TIE 54.7/ 53.1 %</p> <p>Spécificité</p> <p>TI 67.5/77.9 %</p> <p>TE 70.2/78 %</p> <p>TIE 72.3/81.5 %</p> <p>FRFCT/Observation</p> <p>Spécificité</p> <p>TI 25.7/34.3 %</p> <p>TE 48.6/68.6 %</p> <p>TIE 47.2/67.9 %</p> <p>Sensibilité</p> <p>TI 74.8/74.8 %</p> <p>TE 76.7/77.6 %</p> <p>TIE 77.6/79.6 %</p> <p>T2</p> <p>Valeurs prédictives</p> <p>FRFC-P X CBCL</p> <p>Vrai-négatifs (VN) 74.7 %</p> <p>Faux-négatifs (FN) 56.8 %</p> <p>Faux-positifs (FP) 25.3 %</p> <p>Vrai-positifs (VP) 43.2 %</p> <p>Observations X CBCL</p> <p>VN 85.5 %</p> <p>FN 70.3 %</p> <p>FP 14.5 %</p> <p>VP 29.7 %</p> <p>FRFC-T X TRF</p> <p>VN 79.9 %</p> <p>FN 60.7 %</p> <p>FP 20.1 %</p> <p>VP 39.3 %</p> <p>Observation X TRF</p> <p>VN 8 %</p> <p>FN 53.6%</p> <p>FP 15.2%</p> <p>VP 46.4 %</p>

Tableau 15 (suite).

Auteurs	Instruments	Dimensions	Echantillon	Résultats
Eklund et al. (2009)	BESS Teacher Form (Behavioral and Emotional Screening System) Report Card : indicateurs réussite scolaire et engagement évalués par l'enseignant sur une échelle de 1 à 4 (inférieur à la norme à supérieur à la norme). Nomination dichotomique par les enseignants : élève à risque ou normal	Troubles émotionnels et comportementaux	N = 48 (26 élèves de 3 ^{ème} année et 22 de 4 ^{ème} année)	BESS X observations I. Both Identified (23 %) II. BESS Identified (27 %) III. Teacher Identified (8 %) IV. Not Identified (42 %)
Goodman, Ford, Simmons, Gatward et Meltzer (2000).	SDQ-parents SDQ-enseignants (enfants de 5 à 11 ans) SDQ-parents, SDQ-enseignant SDQ-jeune (adolescents de 12 à 15 ans) : pas analysé dans cette revue de la recherche Diagnostiques psychiatriques posés selon les critères diagnostiques de la CIM-10 (interviews parents et enfants).	Trouble mental (TM) Trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites (TC) Déficit de l'attention/ hyperactivité (ADHD) Trouble anxieux (TA) Trouble dépressif (TD)	N = 7984 enfants et adolescents (5 à 15 ans) 50.3 % de filles	SDQ (parents et enseignants) TM 62.1 % TC 73.5 % ADHD 75.2 % TA 45.5 % TD 69.2 % SDQ (parents) TM 29.8 % TC 36.0 % ADHD 29.9 % TA 33.8 % TD 53.9 % SDQ (enseignants) TM 34.5 % TC 47.9 % ADHD 41.9 % TA 15.9 % TD 30.8 %
Reinherz et al. (1987).	Preschool screening system: parents. Kindergarten model: Simmons Behavior Checklist (SBC): enseignants.	troubles émotionnels Troubles comportementaux	N = 777 enfants, âgés de 4.11 ans au début de la recherche (à la fin de l'école maternelle pour l'entrée en enfantine), N = 527 enfants de 8.11 ans à la fin de la recherche (à la fin de la 3 ^{ème} année), -49 % de filles.	Preschool model : 78 % des enfants correctement classés 3% de faux positifs 80 % de faux négatifs. Kindergarten model : 78 % des enfants correctement classés 7% de faux positifs 73 % de faux négatifs.

Dans trois de ces études, les enseignants sont plus à même de dépister des problèmes externalisés qu'internalisés (Dwyer et al., 2006; Goodman et al., 2000 ; Reinherz et al., 1983). Ces résultats sont largement confirmés par d'autres recherches. Les enfants et adolescents souffrant de troubles internalisés comme la dépression, l'anxiété ou les idées suicidaires sont rarement signalés (Weist, Rubin, More, Adlesheim et Wrobel, 2006). Les enseignants ont

des difficultés à apprécier les signes précurseurs des problèmes internalisés (Meagher, Arnold, Doctoroff, Dobbs et Fisher, 2009). Pour ces auteurs, les filles sont désavantagées dans l'identification des troubles émotionnels et comportementaux car elles présentent principalement des troubles internalisés. Par conséquent, elles sont moins nombreuses à bénéficier d'une prise en charge thérapeutique, à être scolarisées en enseignement spécialisé et à figurer dans les études épidémiologiques.

Ces quatre publications démontrent les avantages à utiliser les outils de dépistage pour identifier les troubles émotionnels et comportementaux dans une procédure de dépistage universel (faire passer l'outil de dépistage à tous les élèves). L'utilisation d'un outil de dépistage (SDQ) favorise la détection d'un trouble mental général et des troubles externalisés (Goodman et al., 2000). L'étude longitudinale de l'école maternelle à la 3^{ème} année primaire montre que les outils de dépistage ont de bonnes qualités de prédiction (Reinherz et al., 1983) et ont finalement peu de faux positifs (Eklund et al., 2009 ; Reinherz et al., 1983). Le dépistage universel identifie plus d'élèves à risque que les procédures habituelles de signalement tel que l'observation (Eklund et al., 2009). Pour ces auteurs, les troubles émotionnels et comportementaux sont davantage identifiés lorsqu'ils sont accompagnés de résultats scolaires bas et d'un faible engagement scolaire. Ces études montrent également que la comorbidité et la sévérité des troubles favorisent leur identification. Essex et al. (2009) confirment que l'installation de problèmes mentaux généralisés à la préadolescence est favorisée par une comorbidité entre les problèmes internalisés et externalisés durant les premières années d'école. Pour ces auteurs, les enfants risquant de souffrir de troubles émotionnels et comportementaux seraient dépistés déjà à la fin la première année primaire si l'utilisation d'outils de dépistage complétés par la mère et l'enseignant était généralisée. L'avantage d'instaurer le dépistage systématique au primaire permet de mettre en place des prises en charge thérapeutique précoces pour le 80% d'enfants souffrant de troubles mentaux qui ne sont jamais dépistés (Essex et al., 2009). L'administration concomitante d'outils de dépistage par les enseignants et les parents concorde rarement (Goodman et al., 2000 ; Reinherz et al., 1983). Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les parents tendent à comparer leur enfant à ses frères et sœurs, voire à d'autres enfants de l'entourage, alors que les enseignants comparent l'enfant à d'autres élèves de la classe dont le nombre est plus importants (Rutter et Sroufe, 2000). L'enseignant a l'avantage d'examiner la trajectoire développementale d'un enfant par rapport à celles des autres durant un grand nombre d'heures. Les enfants sont également évalués dans des contextes d'exigences et de performances différents. Les circonstances et l'environnement dans lesquels se manifestent les troubles émotionnels et comportementaux diffèrent considérablement entre la maison et l'école. De plus,

les normes d'évaluation varient d'une personne à l'autre en fonction de ses connaissances du développement normal de l'enfant, des attentes envers les enfants et du sexe de l'enfant (Grietens et al., 2004 ; van der Ende, 1999). Les informations récoltées auprès des parents et des enseignants se complètent plus qu'elles ne se contredisent.

Malgré des résultats sur le dépistage des troubles internalisés mitigés, les chercheurs en psychopathologie développementale s'accordent sur la généralisation de l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux en classe (Kauffman et Landrum, 2009). Le dépistage et l'intervention précoce font partie des mesures de prévention primaire et secondaire a instauré dans les écoles le plus rapidement possible, soit avant que les fonctionnements inadaptés se cristallisent et entraînent des conséquences sévères.

2.4. Considérations sur les outils de dépistage et contribution aux objectifs de recherche

Comme en attestent les nombreuses recherches consultées, les enseignants ont tendance à signaler principalement les élèves manifestant des troubles comportementaux externalisés. Les élèves avec des troubles émotionnels internalisés sont en général sous-identifiés car leurs comportements ne sont pas particulièrement dérangeants pour l'environnement social (Gresham et Kern, 2007). Dans une perspective en psychopathologie développementale, tout enfant engagé dans une trajectoire développementale défavorable a la possibilité de poursuivre son développement dans une voie positive grâce à des interventions ciblées visant à modifier les facteurs de risque (Cummings et al., 2000). Pour ce faire, il importe de former le corps enseignant sur la manière dont les troubles émotionnels et comportementaux se manifestent ainsi que sur la manière de les gérer en classe, lui fournir les outils de dépistage adaptés pour maximaliser leurs compétences d'évaluation et lui mettre à disposition des interventions ciblées aux trois niveaux de prévention. Grâce à ses évaluations et ses observations, l'enseignant représente le lien principal entre certains élèves en souffrance psychique et l'accès aux services psychologiques (Gresham et Kern, 2007). Au vu du nombre d'heures passées en classe, le point de vue et le soutien de l'enseignant ont une influence déterminante dans le traitement et la guérison de l'enfant (Stark, 1990). Une fois l'intervention ciblée mise en place, l'enseignant collabore à la prise en charge en adaptant ses pratiques pédagogiques au besoin de l'élève et apporte une assistance à la prise en charge thérapeutique.

L'enfance est une période propice à la prévention des problèmes émotionnels et comportementaux. La promotion de la santé mentale chez les 6-12 ans donne des résultats efficaces à court et à moyen terme (Farrell et Barrett, 2007 ; Greenberg et al., 2000). De nombreux troubles mentaux à l'âge adulte ont leur origine dans des problèmes liés à l'enfance (Centre for Mental Health in Schools, 2004). Par exemple, les troubles anxieux et dépressifs persistants chez l'enfant s'associent à d'autres formes de psychopathologie et évoluent en dysfonctionnement social et affectif à l'âge adulte (Purper-Ouakil et Bailly, 2002). L'identification et l'intervention précoce sont les mesures évaluées les plus efficaces à moyen terme pour contrer la psychopathologie infantile (Greenberg et al., 2000). L'identification précoce suivie d'une prise en charge éducative et thérapeutique améliore les résultats scolaires, les relations sociales et familiales des enfants (Nurcombe, 2007). Sur le terrain, les soutiens proposés au niveau de la prévention primaire et secondaire sont souvent inexistantes ou inadéquats. Les écoles peinent à faire reconnaître la pertinence de ces interventions.

Les enseignants sont parfois opposés au dépistage précoce par crainte d'étiqueter et de stigmatiser les élèves durant leur trajectoire scolaire (Tyler-Merrick et Church, 2013). Ces résistances se rencontrent plus souvent dans les écoles où les enseignants et le personnel d'encadrement ressentent une surcharge de travail, les relations école-parents sont perturbées et les prises en charge des élèves dépistés sont inexistantes ou inadéquates (Nishioka, 2006). Dans ces établissements scolaires, le signalement des élèves en souffrance a lieu lorsque leur fonctionnement scolaire est entravé de manière significative. Des difficultés structurelles empêchent aussi la mise en place d'interventions préventives. Un manque d'espaces ou de locaux, le changement fréquent de personnel, des divergences de connaissances et de cultures en santé mentale sont connus pour être des freins à la prévention (Weist et al., 2007). Pour une prévention efficace des troubles émotionnels et comportementaux, le dépistage précoce est indissociable des interventions ciblées et d'un accès facilité au soin clinique (Davis, Young, Hardman et Winters, 2011 ; Levitt, Saka, Hunter Romanelli et Hoagwood, 2007). Lorsque le système scolaire identifie des troubles émotionnels et comportementaux, il est en son devoir de fournir les soins adaptés et diversifiés dans un délai correct (Purper-Ouakil et Bailly, 2002). Autrement, les professionnels de l'enfance se trouvent confronté à des dilemmes éthiques majeurs.

La mise en place d'instruments de dépistage et d'interventions spécifiques doit être soigneusement réfléchi à savoir comment les prestations de services seront fournies et coordonnées (Chafouleas, Kilgus et Wallach, 2010). Pour dépasser les questionnements éthiques que soulèvent l'établissement de procédure de dépistage et des services de soutien relatifs,

il incombe de suivre certaines directives, à savoir (Lane et al., 2012; Levitt et al., 2007; Walker, 2010) :

- Former aux bénéfices et aux conséquences du dépistage précoce les enseignants et les professionnels encadrant les enfants ;
- Fournir des interventions spécifiques ou des traitements appropriés aux élèves identifiés ;
- Travailler en étroite collaboration avec les parents (les informer de toutes interventions ayant lieu hors du cadre de la classe) ;
- Travailler en partenariat entre les professionnels (enseignants, psychologues, éducateurs, etc.) afin d'assurer la confidentialité et le respect des droits de chacun.

Même s'ils requièrent une planification avisée et une mise en œuvre minutieuse, les avantages de la détection et des interventions précoces sont importants. Les répercussions positives touchent autant les élèves en souffrance que l'ensemble de l'école. Le gain de temps et d'énergie acquis lors de cette démarche préventive sont consacrés à des activités scolaires et sociales enrichissantes au lieu d'en découdre avec les effets dommageables des troubles émotionnels et comportementaux (Walker, 2010). Les conséquences négatives des troubles ne sont plus assumées uniquement par l'enfant en souffrance, ses parents, son enseignant et ses pairs, mais aussi par des intervenants compétents collaborant en réseau. Le meilleur moment pour effectuer le dépistage précoce se situe dans les six à huit premières semaines d'école (Lane, Oakes, Menzies et Germer, 2014). A cette période, les enseignants connaissent suffisamment les élèves pour compléter un outil de dépistage et il est assez tôt dans l'année scolaire pour envisager les interventions préventives selon les besoins des élèves identifiés. Grâce à leurs compétences d'observation, leur connaissance des élèves et leur capacité à les comparer à la norme, les enseignants sont les acteurs principaux de l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux. Leurs compétences d'évaluateur à l'aide d'échelles d'évaluation ont été investiguées empiriquement (Dwyer et al., 2006 ; Elliott et Busse, 2007 ; Nishioka, 2006). L'enseignant est une ressource essentielle à la prévention des troubles survenant en cours de processus développemental.

L'objectif de l'élaboration d'un outil de dépistage à l'intention des enseignants répond au besoin de leur fournir un outil visant à optimiser l'identification des comportements et des attitudes inadaptées en classe chez les élèves en souffrance psychique. Le dépistage précoce des troubles émotionnels et comportementaux intervient dans le but d'instaurer des interventions préventives selon les besoins de chacun ou en vue d'un signalement pour une prise en

charge thérapeutique en psychologie scolaire. Ces considérations théoriques amènent à une démarche psychométrique d'édification d'un outil de dépistage.

3. PRINCIPES PSYCHOMETRIQUES POUR L'ÉDIFICATION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE

Le processus de construction d'un outil dépistage qui mesure des caractéristiques psychologiques se réalise en plusieurs étapes. La planification de la démarche répond aux exigences de la théorie des tests en psychométrie. Les différentes procédures consultées dans la littérature scientifique comptent de cinq à dix étapes et décrivent les éléments essentiels à l'édification d'un outil de dépistage (Bernaud, 2007 ; Bernier, 1984 ; Bernier et Pietrulewicz, 1997 ; Laveault et Grégoire, 2002 ; McIntire et Miller, 2007). La démarche en dix étapes de McIntire et Miller (2007) a été adoptée pour l'élaboration de l'outil de dépistage. Elle a l'avantage d'être abondamment documentée. Les différents volets de travail sont modulables et préservent une liberté d'action dans la mise en place du projet. Les autres références issues de la psychométrie n'ont pas été pour autant abandonnées puisqu'elles servent à enrichir et à corroborer le processus de réalisation de l'outil de dépistage.

Afin de répondre aux exigences scientifiques, cette procédure a été décomposée en trois parties principales :

- a) Aspects théoriques (étapes 1 et 2) : cette première partie consiste en un travail d'approfondissement de la littérature scientifique et des concepts théoriques pour définir et délimiter avec précision les caractéristiques psychologiques de l'outil de dépistage. Il est important d'y consacrer suffisamment de temps et de réflexion pour circonscrire tous les aspects de la problématique (McIntire et Miller, 2007). Le cadre théorique des troubles émotionnels et comportementaux s'ancre dans le champ de la psychopathologie développementale. Le plan de développement de l'outil de dépistage se compose de principes et de prescriptions issus de la psychométrie. Un certain nombre de ressources ont été consultées durant le processus de développement du questionnaire, à savoir les "Standards for Educational and Psychological Testing" (American Educational Research Association, 1999), les recommandations pour l'évaluation des procédures de dépistage universel (Glover et Albers, 2007), le manuel de passation de la batterie de tests "Achenbach System of Empirically Based Assessment" (ASEBA ; Achenbach et Rescorla, 2000), les publications liées au développement et à la validation du "Strengths and Difficulties Questionnaire" (Goodman, 1997, 2001 ; Goodman et al., 2000), les analyses comparatives pour l'implantation du dépistage précoce des troubles émotionnels et com-

portementaux du préscolaire à l'école secondaire (Lane et al., 2012). Ces deux étapes sont décrites respectivement dans les chapitres 2 et 3.

- b) Aspects méthodologiques (étapes 3, 4 et 10) : ces étapes se réfèrent à l'élaboration du questionnaire et à la rédaction des directives de passation de l'outil de dépistage. Ces trois étapes sont contenues dans le chapitre 4.
- c) Aspects empiriques (étapes 5 à 9) : les étapes 5 à 7 sont constituées de l'expérimentation de l'outil de dépistage à partir d'échantillons définis aléatoirement, d'analyses qualitatives et quantitatives des items. Les étapes 8 et 9 sont consacrées à l'établissement des seuils à risque de l'outil de dépistage et à l'évaluation de ses qualités psychométriques. Les résultats empiriques obtenus durant ces cinq étapes sont compilés dans le chapitre 8.

Comme le montre la figure ci-dessus, ces trois parties sont divisées en plusieurs étapes et sont intégrées dans les différents chapitres de la thèse. Les flèches en pointillé indiquent les étapes à répéter jusqu'à l'obtention de la forme finale du questionnaire. Les concepts théoriques liés au construit des troubles émotionnels et comportementaux ayant déjà été exposés au chapitre précédent, la prochaine étape consiste à établir l'architecture de l'outil de dépistage en développant le plan d'édification

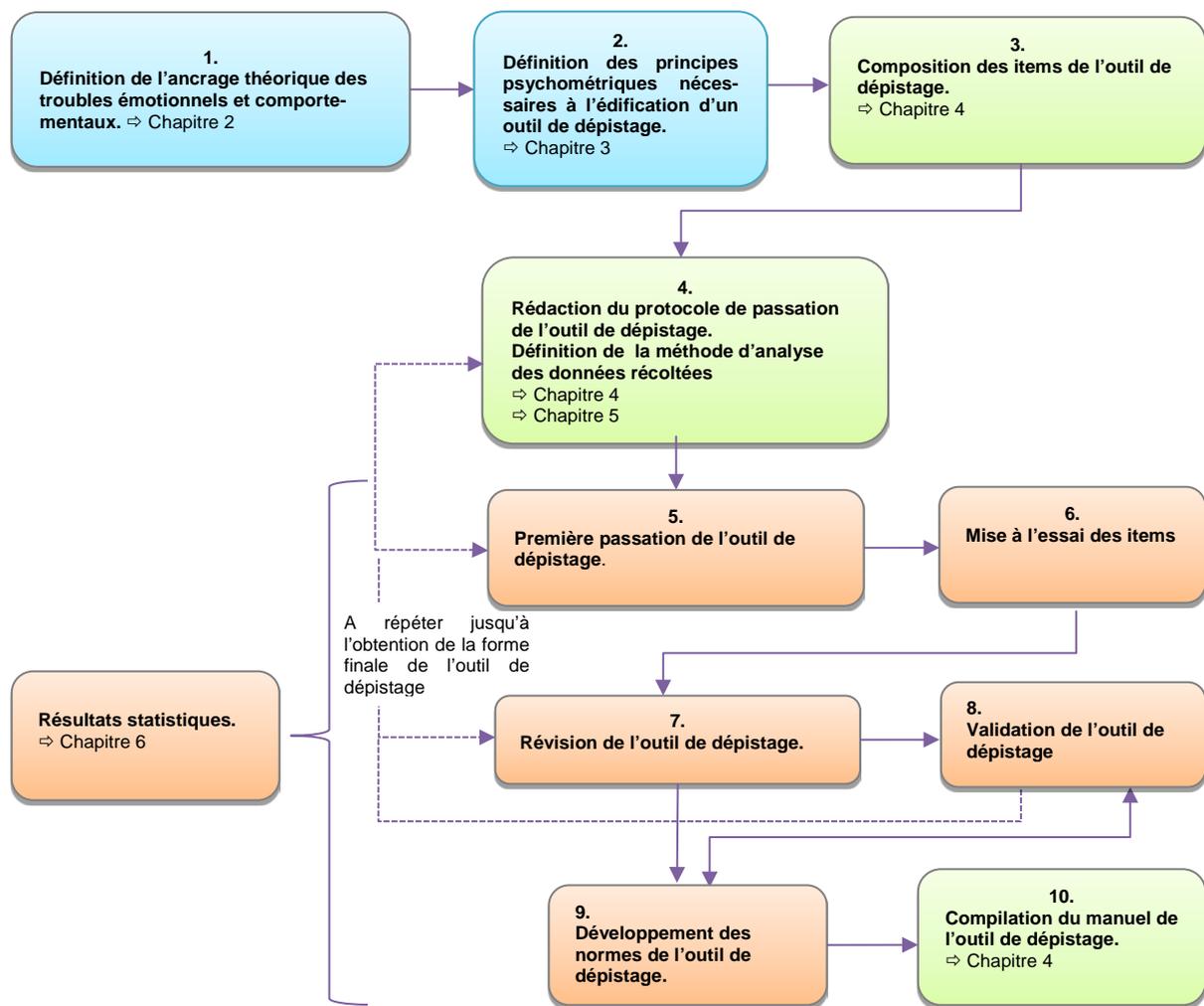


Figure 2 : Organigramme d'édification d'un outil de dépistage (McIntire et Miller, 2007, p. 32, traduction et adaptation libre)

Tout comme une recherche scientifique nécessite la rédaction d'un plan pour opérationnaliser les objectifs de l'étude, la construction d'un instrument d'évaluation requière l'établissement d'un plan de réalisation (McIntire et Miller, 2007). Le plan de développement d'un outil de dépistage se compose de la définition des éléments techniques à prendre en considération lors de l'édification d'un outil de dépistage. Cette étape fournit les modalités à l'opérationnalisation du construit et du contenu, au choix du format des questions, à la sélection et à la rédaction des items, à la spécification des modalités de passation et à l'établissement du seuil à risque. Les concepts de fidélité et de validité sont décrits en vue de la validation de l'instrument.

3.1. Construit et contenu mesurés

Le construit est une idée abstraite qui nécessite une opérationnalisation de sa définition. La concrétisation du construit psychologique se réalise par l'établissement de liens entre les comportements observables, les actions mesurables et l'approfondissement de la littérature scientifique (McIntire et Miller, 2007). La mesure d'une construction abstraite dépend de notre capacité à observer et mesurer le comportement qui en découle (Kline, 1986). La connaissance des concepts théoriques liés au construit permet de distinguer les contenus qui contribuent à l'édification de l'outil de dépistage de ceux qui sont exclus car jugés inappropriés (Kline, 1986). Murphy et Davidshofer (1994, cité par McIntire et Miller, 2007) décrivent trois étapes pour opérationnaliser un construit psychologique :

- 1) Identifier les comportements associés au construit.
- 2) Identifier d'autres construits liés au construit expliqué.
- 3) Identifier des comportements associés à ces construits semblables et déterminer si ces comportements sont reliés au construit original.

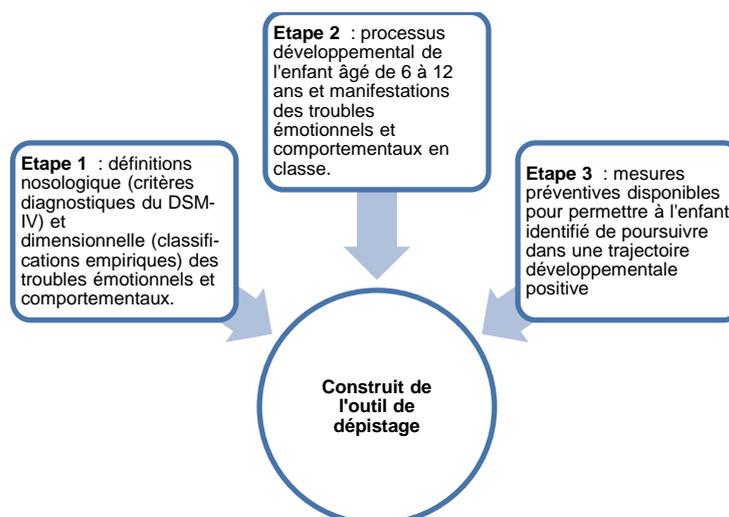


Figure 3. Schéma du construit selon Murphy et Davidshofer (1994, cité par McIntire et Miller, 2007)

Le construit, synthétisé dans la figure ci-dessus, est formé des éléments mis en exergue dans le cadre théorique participant à l'édification de l'outil de dépistage. Les comportements associés aux construits (étape 1) sont expliqués par les définitions des troubles émotionnels et comportementaux selon les conceptions de la psychopathologie développementale. Les construits liés au construit expliqué (étape 2) fournissent les conditions dans lesquels s'expriment les troubles émotionnels et comportementaux. L'enfant en grandissant est soumis en permanence à des tensions développementales qui l'obligent à s'adapter aux exigences scolaires, sociales et environnementales. Il s'agit donc d'objectiver les critères distin-

quant une bonne santé mentale d'un trouble mental et la manière dont ces manifestations sont perçues par l'enseignant-évaluateur en classe. La troisième étape consiste à définir les mesures préventives favorisant une démarche d'identification et d'intervention précoce à mettre à disposition des enseignants. Le contenu de l'outil de dépistage est constitué par la banque d'items (voir 4.1).

3.2. Format des items

La création des items s'appuie sur le respect de plusieurs règles psychométriques. Le format se réfère aux types de questions, au mode de réponses et à la présentation des items contenus dans le questionnaire (Bernier et Pietrulewicz, 1997 ; McIntire et Miller, 2007). Une des premières décisions à prendre lors de la conception d'un outil de dépistage est le choix des questions et des réponses. La cohabitation de plusieurs formats de questions dans des sections séparées ou un seul format de réponse sont possible. Choisir un seul format de questions facilite l'administration d'un instrument de dépistage (McIntire et Miller, 2007). Quant au format du test, il se doit d'être consistant avec les buts poursuivis par le concepteur. La relation entre le but et le contenu doit être la même qu'entre le format et le contenu » (Bernier et Pietrulewicz, 1997, p. 233). La rédaction des items se déroule au regard des préceptes exposés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 16. *Aspects théoriques sur le format du questionnaire d'un l'outil de dépistage (adapté à partir de Beech et Harding, 1994 ; Bernaud, 2007 ; Bernier et Pietrulewicz, 1997 ; Kline, 1986 ; Laveault et Grégoire, 2002 ; McIntire et Miller, 2007).*

Format des items	Les questionnaires de personnalité ou d'attitudes utilisent un format d'items particulier comme les items dichotomiques, les items catégoriels bipolaires et les items à choix forcé. L'avantage de choisir des questions fermées de type format catégoriel bipolaire est qu'elles sont analysées et mesurées statistiquement.
-------------------------	--

Tableau 16 (suite).

Echelle de Likert	Afin d'éviter la tendance à donner des réponses centrales, il a été décidé de définir le nombre de catégories à quatre. Chaque catégorie reçoit une valeur numérique de 1 à 4. A la fin du questionnaire, les scores sont additionnés afin d'obtenir la valeur totale de toutes les réponses. La cotation s'effectue sur quatre niveaux de réponse possible en vue d'évaluer la fréquence d'apparition du comportement : (1) « jamais, à ma connaissance » ; (2) « parfois » ; (3) « souvent » ; (4) « tout le temps ».
Nombre d'items	Afin de maintenir une fidélité satisfaisante, l'outil de dépistage ne doit pas être trop court et s'il contient des sous-échelles, un nombre suffisant d'items figure sous chaque dimension. Il est recommandé d'en créer entre 20 et 30% (voire 30-50%, selon les auteurs) supplémentaires ou au moins 50 pour assurer un minimum d'items dans la version finale du questionnaire. Entre 50 et 100 items seront rédigés pour la première version de l'outil de dépistage.
Temps de passation	Le temps de passation d'un outil de dépistage doit être rapide afin de maintenir l'intérêt de la personne. Un questionnaire dans sa version finale n'excède pas trente minutes de passation Le questionnaire est conçu pour un temps de passation de 10 à 20 minutes au maximum.
Biais des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • La distorsion liée à la désirabilité sociale est une manière de montrer une image de soi positive à travers les réponses données au questionnaire de personnalité. La personne contrôle l'image qu'elle souhaite donner en répondant positivement à des questions qui pourraient la désavantager. Les items catégoriels bipolaires sont sensibles à l'influence de la désirabilité sociale. • La tendance à l'acquiescement correspond à l'inclination du sujet pour les réponses positives. <p>Trois stratégies sont proposées pour limiter ces biais dans un questionnaire de personnalité, à savoir : privilégier les items à choix multiples, proposer une formulation négative pour la moitié des items, éviter de rédiger des items présentant un caractère vague ou ambigu</p>
Niveau de mesure	L'échelle ordinale consiste à mettre en rang les observations et sous-entend que chaque catégorie est homogène. Ce niveau de mesure convient particulièrement aux données calculées sur une échelle de Lickert.

Les règles liées au choix du format des items sont appliquées à la sélection et la rédaction des items.

3.3. Principes de sélection et de rédaction des items

Bien qu'il n'existe pas de règle définie pour sélectionner le contenu des items, McIntire et Miller (2007) conseillent de tenir compte de certains principes lors de la composition des items d'un questionnaire :

Tableau 17. *Principes de sélection et de rédaction des items (adapté de McIntire et Miller, 2007)*

Principes	Application aux items de l'outil de dépistage
1) Maximiser les liens entre les aspects théoriques du plan de l'outil de dépistage et la définition des items afin d'augmenter la validité de contenu.	Les signes, les attitudes et les manifestations des troubles émotionnels et comportementaux sont extraits de 4 taxonomies liées aux concepts théoriques exposés au chapitre 2.
2) S'assurer que chaque item est structuré sur une définition du construit et de la problématique centrale que le questionnaire est censé mesurer.	La rédaction des items s'appuie sur le construit et la problématique centrale, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • Les manifestations décrites dans les taxonomies appartiennent à la définition des troubles internalisés et/ou des troubles externalisés. • Elles sont observables en classe.
3) Rédiger des items qui évaluent les informations et les compétences développées dans l'univers du questionnaire	Les items évaluent la présence ou l'absence de comportements adaptés et inadaptés en classe. Ces comportements sont reconnus scientifiquement pour être présent chez les jeunes sujets susceptibles de présenter un trouble émotionnel ou comportemental.
4) Ecrire chaque item de manière claire et directe en utilisant des mots précis, des phrases structurées grammaticalement correctes et une ponctuation adéquate afin de permettre une description rigoureuse du problème.	✓
5) Utiliser un vocabulaire et un langage appropriés au public cible. Éviter d'utiliser l'argot ou le langage familier.	Les items sont rédigés dans un français accessible aux enseignants. La terminologie scientifique n'est ni trop simple, ni trop complexe. Le vocabulaire utilisé est adapté aux utilisateurs.
6) Rédiger chaque item indépendamment des autres items	✓
7) Faire réviser les items par des personnes expertes afin de réduire les ambiguïtés et les imprécisions involontaires. Les items du test sont testés afin d'éviter que les questions ne soient pas sujettes à une interprétation erronée.	Des professionnels (enseignants spécialisés, enseignants ordinaires et psychologues) sont sollicités pour expérimenter et relire la première version du questionnaire

L'application du septième principe consiste à réaliser une pré-expérimentation du questionnaire. Durant cette étape, un échantillon de participants évalue l'intelligibilité des situations psychométriques proposées, estime si la tâche est réalisable dans l'espace du temps envisagé, teste les consignes, améliore l'ergonomie des formats de réponses, enregistre des commentaires sur la nature de la tâche (Bernaud, 2007). Cette analyse qualitative de la version liminaire est basée sur quatre principes qui favorisent une meilleure qualité formelle des items (Bernaud, 2007), à savoir :

- a) **Principe de non-ambiguïté** : un item ne présente pas d'ambiguïté au niveau de la consigne proposée, de la formulation de l'énoncé et des termes utilisés ;
- b) **Principe d'unidimensionnalité** : les items sont de meilleure qualité s'ils ne mesurent qu'un seul construit. Pour cela, il est nécessaire qu'ils répondent à deux conditions : être accessibles à tous, c'est-à-dire comporter un niveau de vocabulaire suffisamment simple pour ne pas transformer la consigne en test de performance, ainsi qu'éviter les items qui comportent plusieurs informations à juger simultanément ;
- c) **Principe d'économie** : les items doivent être rédigés de façon simple et directe pour s'adapter au public le plus large. Pour autant, l'énoncé ne doit pas être simpliste ou familier. De plus, les items doivent donner lieu à une seule bonne réponse lorsque plusieurs solutions sont proposées. La négation et a fortiori les doubles négations se doivent d'être minorées ;
- d) **Principe d'exactitude** : les items doivent ne pas être erronés, être rédigés dans un français correct et acceptable d'un point de vue grammatical et orthographique.

3.4. Mode de passation

Lors de la conception, les consignes d'administration et l'interprétation des résultats sont spécifiées (McIntire et Miller, 2007). Un protocole de passation est proposé aux enseignants pour l'administration de l'outil de dépistage lors des mises à l'essai des items. Un espace dévolu aux remarques et aux appréciations est mis à disposition des enseignants en fin de questionnaire. Un manuel est élaboré pour la version finale de l'outil de dépistage sur la base des recommandations émises par l'American Educational Research Association, (1999). Il est complété et révisé régulièrement au fur et à mesure de la réplication de l'instrument d'évaluation en vue d'une validation et d'une standardisation.

3.5. Etablissement des scores

L'établissement de scores dépend de plusieurs critères. Les normes ou les scores de références utiles aux praticiens sont sélectionnés selon qu'il s'agit d'un test normé ou critérié (Laveault et Grégoire, 2002). Dans un test normé, les résultats obtenus par un sujet sont comparés à la moyenne de l'échantillon du test. Les tests de personnalité ou de comportement sont des tests normés dont les scores sont interprétés par rapport à une norme de groupe préalablement définie (Anastasi, 1994). Les normes sont établies de façon empirique en observant dans quelle mesure les membres d'un groupe représentatif réussissent effecti-

vement le test en question. Habituellement, dans la théorie des tests psychométriques, ces normes s'obtiennent en utilisant le modèle cumulatif des scores (McIntire et Miller, 2007). Dans un inventaire de comportement, le score brut s'obtient en effectuant la somme des scores des items. Les scores bruts offrent peu d'informations sur la performance de la personne au test comparativement aux autres personnes testées. Pour donner du sens au score brut, il est nécessaire d'établir plus précisément la position exacte de la personne testée à l'intérieur d'un groupe normal (Anastasi, 1994). Pour ce faire, le score brut doit être transformé en un score standardisé plus informatif (McIntire, 2006). Les scores standardisés convertissent les scores bruts en une distribution avec une moyenne et une déviation standard, ainsi que des écarts-types en guise d'unité de mesures (Frick et al., 2010). Pour l'outil de dépistage en cours d'élaboration, le choix des scores dérivés s'est arrêté aux T-scores car ces derniers sont les plus représentés dans les inventaires d'évaluation du comportement et permettent une comparaison des résultats notamment dans les études de validité. Pour obtenir la transformation de scores bruts en T-scores, il est nécessaire d'effectuer une transformation non linéaire à partir d'une courbe normale. La raison de ce choix est que la plupart des distributions de scores bruts s'apparentent plus à une courbe normale qu'aux autres courbes (Anastasi, 1994). Les normes sont créées à partir d'un large échantillon représentatif de la population à qui l'instrument de dépistage est adressé. Ces normes peuvent également se distinguer selon l'âge (étapes développementales, année de scolarité) et le genre (établissement de normes distinctes entre les garçons et filles).

3.6. Validation

L'étape de validation consiste à tester les qualités psychométriques de l'instrument. Les scores obtenus à l'aide d'outils d'évaluation sont soumis à des variations plus ou moins importantes d'une passation à l'autre. De ce fait, il est nécessaire de connaître l'efficacité d'un questionnaire sur la base de sa valeur scientifique et à partir de ses qualités métrologiques (Benedetto, 2007 ; Bouvard, 2008). Le but de l'étude des propriétés psychométriques est de permettre une évaluation objective et explicite des caractéristiques de l'instrument de mesure afin d'estimer son niveau de fiabilité par rapport à des contextes ou des populations définis, de fournir un ensemble d'indicateurs indispensables à l'interprétation des protocoles individuels et au retour des résultats (Bernaud, 2007). La première partie du processus de validation est basée sur le contenu (cohérence et consistance internes) de l'outil de dépistage et se fait durant son développement (McIntire et Miller, 2007). La seconde partie nécessite d'expérimenter l'instrument sur un nouvel échantillonnage. Ces propriétés psychométriques sont aux nombres de trois, sensibilité – fidélité – validité, et ont des degrés

d'importances différentes. La sensibilité est la qualité la plus élémentaire à évaluer, elle est rarement mentionnée dans la littérature anglo-saxonne sur la théorie des tests. La fidélité et la validité sont les qualités indispensables à la validation d'un outil de dépistage. « La fidélité concerne la précision avec laquelle un test mesure certaines caractéristiques alors que la validité concerne la qualité de ce qui est mesuré » (Bernier et Pietrulewicz, 1997, p. 173). De ce fait, la validité est évaluée après la fidélité puisqu'elle est plus complexe à vérifier. Comme le souligne Vallerand et al. (2004), bien qu'il s'agisse de concepts indépendants, ces deux propriétés sont intimement liées. La fidélité influence la validité d'un instrument car plus la fidélité est élevée, plus la validité sera élevée. Pour une identification correcte des élèves susceptibles de souffrir de troubles émotionnels et comportementaux, les propriétés psychométriques suivantes sont recommandées (Glovers et Albers, 2007 ; Lane et al., 2009 ; Levitt et al., 2007) :

- a) Consistance interne élevée (Cronbach's alpha of $\geq .80$) : l'instrument évalue correctement le construit pour lequel il a été conçu.
- b) Importante stabilité au test-retest : l'instrument démontre une bonne consistance dans le temps (corrélation des scores lors des deux passations).
- c) Validité concordante attestée : l'instrument est comparé à un autre instrument de mesure déjà validé (les deux mesures sont effectuées en même temps).
- d) Validité prédictive positive (un enfant avec un score élevé figure bien dans le groupe cible ou clinique) et négative (un enfant avec un score bas figure dans le groupe contrôle ou normal).
- e) Bonne spécificité (probabilité de dépister correctement les enfants à risque du groupe clinique) et bonne sensibilité (probabilité d'identifier correctement les enfants du groupe normal).
- f) Validité de construit : analyse factorielle confirmatoire pour confirmer la correspondance d'une structure factorielle empirique avec un modèle théorique (Vallerand et al., 2004)

La validation d'un instrument de dépistage s'enrichit de toutes les informations accumulées tant lors de son élaboration que plus tard, lors de son utilisation (Anastasi, 1994). Elle se réalise sur plusieurs années car elle nécessite de nombreuses répliques avec des instruments comparables et dans des contextes différents.

Les connaissances scientifiques rassemblées dans ces deux premiers chapitres garantissent une compréhension et une maîtrise du concept mesuré en vue de l'édification de l'outil de dépistage. Les conceptions en psychopathologie développementale sur troubles mentaux chez l'enfant en âge scolaire sont le cadre théorique dans lequel s'inscrit l'instrument. Ce

Le fondement théorique fournit les définitions indispensables à la constitution de la banque d'items. Il contextualise les troubles dans l'environnement scolaire et dans les conceptions du dépistage et de la prévention précoce. La démarche d'édification en dix étapes et les principes psychométriques participent au développement de l'outil de dépistage.

4. EDIFICATION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE EN PSY- CHOPATHOLOGIE DEVELOPPEMENTALE

L'objectif principal de cette thèse consiste à construire un outil de dépistage en s'appuyant sur le champ théorique de la psychopathologie développementale et la théorie des tests en psychométrie. Pour l'atteindre, deux objectifs corollaires ont été posés, à savoir : identifier les caractéristiques des troubles émotionnels et comportementaux durant l'enfance afin de constituer la banque d'items et définir les conditions nécessaires à l'im plantation d'un outil de dépistage dans les écoles en vue de proposer des interventions après passation du questionnaire. L'édification de l'outil de dépistage comprend la composition du questionnaire à partir de la banque d'items constituée de quatre taxonomies, la rédaction des protocoles de passation et du plan du manuel de passation

4.1. Composition des items du questionnaire

Dans le cadre de l'élaboration d'un outil de dépistage, les caractéristiques des troubles émotionnels et comportementaux sont rassemblées afin de constituer une banque d'items décrivant précisément les comportements observables en classe. Le choix des items est une opération délicate car le concepteur doit éviter de construire un outil d'évaluation uniquement sur la base de ses représentations (Bernaud, 2007). Pour ce faire, la constitution d'une banque d'items à partir d'items formalisés par des enquêtes et des recherches scientifiques est recommandée. Afin de respecter cette exigence, quatre taxonomies ont été sélectionnées, à savoir :

- a) La taxonomie de Quay (1986b) est issue de l'approche dimensionnelle,
- b) Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR représentent l'approche médicale,
- c) Le référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant (6 à 11 ans) à l'usage des médecins (Collège de Pédopsychiatrie de la Fédération Française de Pédopsychiatrie, 2006) apporte un complément linguistique et culturel francophone. Il s'agit de la seule taxonomie élaborée en français.
- d) La liste des manifestations de la dépression en classe (Stark, 1990) renforce la facette internalisée du questionnaire, sachant que les troubles internalisés sont plus difficiles à identifier.

4.1.1. Taxonomies empirique et médicale

Comme il a déjà été mentionné dans ce travail, la psychopathologie développementale privilégie l'usage des approches dimensionnelles et nosologiques pour évaluer les troubles émotionnels et comportementaux. L'outil de dépistage bénéficie de l'apport de ces deux courants sachant que la finalité de son utilisation est de favoriser le dépistage précoce des troubles émotionnels et comportementaux et non de poser un diagnostic spécifique. Les critères de ces deux taxonomies dévolus à la constitution de la banque d'items sont des comportements ou des attitudes observables en classe.

4.1.1.1. L'approche dimensionnelle

Les comportements de la dimension empirique tels qu'ils sont intégrés dans la création de la banque d'items sont listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 18. *Taxonomies dimensionnelles (Quay et La Greca, 1986, Quay, 1986b, traduction libre)*

Facette internalisée	Facette externalisée
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anxieux, peureux, tendu ✓ Timide, timidité excessive ✓ Déprimé, triste, perturbé ✓ Hypersensible, facilement blessé ✓ Sentiment d'infériorité et de non-valeur ✓ Sentiment de gêne, facilement embarrassé ✓ Manque de confiance en soi ✓ Facilement nerveux et troublé ✓ Pleure fréquemment ✓ Distant ✓ Inquiet ✓ Refuse de parler ✓ Retrait ✓ Froid et passif ✓ Manque d'intérêt ✓ Triste ✓ Regard vide ✓ Confus, troublé ✓ Secret ✓ Aime être seul ✓ Pauvres relations avec les pairs ✓ Est souvent taquiné par les autres ✓ Préfère être avec des enfants plus jeunes ✓ Reste avec les adultes, est ignoré par les pairs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportements agressifs (bagarre, coups) ✓ Comportement désobéissant et provocateur ✓ Accès de rage ✓ Comportement destructeur ✓ Impertinence, non coopérant ✓ Recherche d'attention ✓ Comportement abusif et menaçant ✓ Comportement perturbateur et accaparant ; bruyant et chahuteur ✓ Irritable et explosif ✓ Négativité et déni ✓ Malhonnête, pas digne de confiance ✓ Mauvaises fréquentations ✓ Absentéisme scolaire, fugue de la maison ✓ Membre d'un gang ✓ Vol en bande, vol à la maison ✓ Mensonge et tricherie ✓ Sortie tardive le soir ✓ Loyal à des fréquentations délinquantes ✓ Difficulté de concentration, attention de courte durée, distractibilité ✓ Rêvasserie ✓ Manque de coordination et maladresse, gaucherie ✓ Regard dans le vide, préoccupé ✓ Passivité et manque d'initiative ✓ Bougeotte et comportement agité ✓ Ne parvient pas à terminer ses tâches

Tableau 18 (suite).

Facette internalisée	Facette externalisée
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paresseux, comportement léthargique, somnolence, engourdissement ✓ Impulsivité ✓ Manque d'intérêt, ennui généralisé ✓ Hyperactivité psychomotrice

La composition des items débute par la répartition des manifestations de la classification empirique de Quay selon qu'ils proviennent de la dimension internalisée ou de la dimension externalisée. La dénomination des différentes dimensions (anxiété-retrait-dysphorie, schizoïde-passif, etc.) a été abandonnée.

4.1.1.2. L'approche médicale

Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR des sept troubles spécifiques ont été sélectionnés au regard de leur présence à l'école et sont exposés dans le tableau suivant.

Tableau 19. Critères diagnostiques du DSM-IV-TR et DSM-5 (adapté d'APA, 2003,2015)

Facette internalisée Anxiété de séparation (AS), anxiété généralisée (AG), épisode dépressif majeur et trouble dys-thimique (TH)	Facette externalisée Trouble oppositionnel avec provocation (TOP), trouble des conduites (TC), trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation (AS). ✓ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité (AS). ✓ Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations (AS). ✓ Crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver (AS). ✓ Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (AS). ✓ Plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations (AS). ✓ Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, ou sommeil agité, et non satisfaisant) (AG). ✓ Fatigabilité (AG). ✓ Tension musculaire (AG). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embête souvent les autres délibérément (TOP). ✓ Conteste souvent ce que disent les adultes (TOP). ✓ S'oppose activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes (TOP). ✓ Se met souvent en colère (TOP). ✓ Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite (TOP). ✓ A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants (TC). ✓ A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu) (TC). ✓ Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes (TC). ✓ Commence souvent les bagarres (TC). ✓ A commis un vol en affrontant la victime (p. ex., agression vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée) (TC). ✓ A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment, ou une voiture appartenant à autrui (TC). ✓ Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., « arnaque » les autres) (TC). ✓ A volé des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon) (TC). ✓ A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles (TC).

Tableau 19 (suite).

Facette internalisée Anxiété de séparation (AS), anxiété généralisée (AG), épisode dépressif majeur et trouble dysthymique (TH)	Facette externalisée Trouble oppositionnel avec provocation (TOP), trouble des conduites (TC), trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B. : irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent (TH). ✓ Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) (TH). ✓ Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider (TH). ✓ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade) (TH). ✓ Faible estime de soi (TH). ✓ Sentiments de perte d'espoir (TH). ✓ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade) (TH). ✓ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) (TH). ✓ Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours (TH). ✓ Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. : modification du poids corporel en un mois excédent 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue (TH). ✓ Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours (TH). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (TDAH). ✓ A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (TDAH). ✓ Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes (TDAH). ✓ Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège (TDAH). ✓ Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires (TDAH). ✓ Évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. travaux scolaires, devoirs à la son) (TDAH). ✓ Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (TDAH). ✓ A souvent du mal à attendre son tour (TDAH). ✓ Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux) (TDAH). ✓ A souvent du mal à s'organiser ses travaux ou ses activités (TDAH). ✓ A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (TDAH). ✓ Agitation, sensation d'être survolté ou à bout (AG). ✓ Difficultés de concentration, ou trous de mémoire (AG). ✓ Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) (TH).

La répartition des attitudes et des comportements issus du DSM-IV-TR s'est déroulée en suivant le même schéma que la taxonomie précédente. Les critères sont classés selon qu'ils présentent une facette internalisée ou externalisée. Trois symptômes appartenant à des troubles spécifiques internalisés ont été placés dans la facette externalisée car leurs expressions sont plus extériorisées qu'intériorisées.

4.1.2. Référentiel d'observation à l'usage des médecins

Le "référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant (6 à 11 ans) à l'usage des médecins" a été conçu en par le Collège de Pédopsychiatrie de la Fédération Française de Pédopsychiatrie (2006). Il s'agit d'un support au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement pour les médecins généralistes et les pédiatres. Ce recueil d'informations offre aux médecins la possibilité de réaliser une première évaluation lors de contrôles de routine en vue d'une orientation pour un diagnostic spécifique ou d'un examen plus approfondi. Sa fonction consiste à sensibiliser et à former aux souffrances psychiques les médecins de premier recours en contact direct avec la population infanto-juvénile (Schmid, 2006). Selon plusieurs rapports de l'OMS, « de nombreux enfants et adolescents, peut-être ceux dont la situation environnementale est la moins favorable, n'ont pas accès aux soins malgré des difficultés psychologiques manifestes » (Schmid, 2006, p. 389). La mise à disposition d'outils d'évaluation pour identifier la population à risque sert à pallier le manque d'identification et se justifie à tous les services communautaires en charge des enfants (soins médicaux, garderie, école, etc.).

Ce référentiel d'observation se compose de trois parties distinctes qui répertorient les signes d'appel des enfants de zéro à cinq ans, des enfants de six à onze ans et des adolescents. Pour chaque période de développement, des facteurs de risque et de vulnérabilité sont mis en exergue et complètent l'observation des manifestations de souffrances psychiques (Collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie, 2006). L'utilisation de cet outil d'observation requiert une connaissance approfondie des enjeux développementaux à chaque stade de développement. La compréhension de ces changements développementaux se révèle déterminante pour l'évaluation clinique car un même comportement peut être approprié à un âge donné et être un indicateur de pathologie à un autre âge (Frick et al., 2010). Ce référentiel à l'usage des médecins répond aux mêmes buts et aux mêmes utilisations que l'outil de dépistage en cours d'édification à l'intention des enseignants.

Plusieurs raisons ont motivé le choix des signes d'appel de la catégorie d'âge de 6 à 11ans du référentiel d'observation (version courte). Bien que non issu du champ de la psychopathologie développementale, le référentiel d'observation a l'avantage d'en préserver les concepts théoriques. Les problèmes rencontrés chez l'enfant scolarisé en classe primaire décrit dans les signes d'appel des 6 à 11 ans viennent renforcer les caractéristiques des difficultés comportementales et émotionnelles manifestées par la population ciblée. Le choix du référentiel

se justifie culturellement dans le sens qu'il s'agit de la seule taxonomie rédigée en français. Il a donc une fonction de facilitateur dans la rédaction des items tant d'un point de vue sémantique que syntaxique. Les signes d'appel sont classés dans le tableau ci-dessous (première colonne), chacun d'entre eux est composé de plusieurs items décrivant des comportements manifestés par les enfants.

Tableau 20. *Référentiel d'Observation à l'usage des médecins, signes d'appel 6 à 11 ans* (Collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie, 2006)

Inhibition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant est timide et renfermé.</i> ✓ <i>L'enfant a une participation langagière limitée dans la relation aux adultes, allant jusqu'à l'inhibition complète parfois.</i> ✓ <i>L'enfant est mutique dans des situations sociales spécifiques dans lesquelles il est supposé parler (p. ex., à l'école, en famille, en présence d'adulte, etc.) alors qu'il parle dans d'autres situations.</i>
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant n'a pas de camarades.</i> ✓ <i>L'enfant a tendance à s'isoler en classe ou dans la cour de récréation.</i> ✓ <i>L'enfant recourt de manière excessive aux jeux vidéo.</i>
Tristesse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant semble s'ennuyer en classe.</i> ✓ <i>L'enfant n'éprouve pas de plaisir à jouer.</i> ✓ <i>L'enfant manifeste un sentiment d'échec, d'inutilité et de non-valeur</i> ✓ <i>L'enfant tient des propos morbides.</i>
Immaturité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant joue à des jeux de la petite enfance et avec des enfants plus jeunes.</i> ✓ <i>L'enfant ne réalise pas ou peu d'apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux).</i> ✓ <i>L'enfant n'est pas autonome en rapport avec son âge.</i>
Inattention	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'inattention de l'enfant gêne ces apprentissages.</i> ✓ <i>L'enfant est présenté comme « papillonnant ».</i>
Bagarre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant présente des problèmes relationnels en milieu scolaire, social et familial.</i> ✓ <i>L'enfant a tendance à passer à l'acte.</i>
Perturbateur	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant ne tient pas en place et bouge beaucoup.</i> ✓ <i>L'enfant fait du bruit et est facilement distrait.</i> ✓ <i>L'enfant est happé par le moindre stimulus extérieur.</i>
Opposition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant manifeste de l'opposition à toute proposition d'apprentissage jusqu'au refus scolaire.</i> ✓ <i>L'enfant est intolérant à la frustration, il manifeste de la colère, de l'hostilité, de la provocation et des menaces.</i>
Apprentissages	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant présente des difficultés d'apprentissage en lecture, écriture ou en calcul.</i> ✓ <i>L'enfant est lent dans ses apprentissages</i> ✓ <i>L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.</i>

Tableau 20 (suite).

Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant manque de confiance en lui.</i> ✓ <i>L'enfant présente une association fréquente à des plaintes somatiques et à des difficultés relationnelles.</i> ✓ <i>L'enfant pleure lorsqu'il doit se séparer de sa mère.</i> ✓ <i>L'enfant a des rituels, des phobies ou des tics.</i> ✓ <i>L'enfant présente un absentéisme scolaire et des phobies scolaires.</i>
Sexualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant tient des propos à connotation sexuelle ou/et a un comportement trop sexué en rapport avec son âge.</i> ✓ <i>L'enfant a une éventuelle implication sexué avec d'autres enfants.</i>
Mise en danger	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant s'auto-agresse.</i> ✓ <i>L'enfant se met en situation physique dangereuse.</i> ✓ <i>L'enfant fugue.</i> ✓ <i>L'enfant a des accidents à répétition.</i> ✓ <i>L'enfant consomme des produits toxiques.</i>
Manifestations corporelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant manifeste des plaintes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, etc.).</i> ✓ <i>L'enfant se plaint de troubles du sommeil.</i> ✓ <i>L'enfant a des troubles alimentaires.</i> ✓ <i>L'enfant est en surpoids ou a maigri.</i> ✓ <i>L'enfant fait de l'énurésie, de l'encoprésie.</i> ✓ <i>L'enfant a des absences répétées pour maladies.</i>
Bizarrie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>L'enfant est bizarre dans son comportement ou ses modes de relations.</i>

Seules les manifestations observables en classe (en italique) sont incluses dans la banque d'items. Elles sont réparties selon qu'elles correspondent à la facette internalisée ou à la facette externalisée. Les signes d'appels sont abandonnés.

4.1.3. Liste des manifestations de la dépression en classe

Les enseignants signalent peu les élèves souffrant de troubles internalisés car ils ne sont pas familiers à leurs manifestations. Fort de ce constat, Stark (1990) a adapté et révisé la liste des manifestations de la dépression en classe sur la base d'un article de Bauer (1987) visant à définir le rôle des enseignants dans l'identification et le traitement de la dépression chez les élèves. L'utilisation de cette taxonomie dans la constitution de la banque d'items a pour but de renforcer l'identification des troubles internalisés. Etant conçue spécifiquement pour les enseignants, les items décrivent des fonctionnements scolaires déficitaires pas représentés dans les autres taxonomies.

Tableau 21. *Les manifestations de la dépression en classe* (Stark, 1990, p. 79, traduction libre)

Indicateur scolaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baisse injustifiée des performances scolaires. ✓ Perte d'intérêt dans les branches scolaires. ✓ L'enfant fait de moins en moins d'efforts. ✓ Le travail est peu soigné et la présentation négligée. ✓ L'enfant abandonne facilement la tâche. ✓ L'enfant ne fait plus ses devoirs. ✓ L'enfant se plaint de n'avoir pas assez d'énergie pour effectuer son travail.
Indicateur social et comportemental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agitation/hyperactivité. ✓ Augmentation de la dépendance. ✓ Comportements antisociaux (ex. : vol, mensonge). ✓ Régression, joue avec des enfants plus jeunes. ✓ Plaintes physiques. ✓ Comportements perturbateurs en classe. ✓ Phobies. ✓ L'enfant s'endort en classe. ✓ L'enfant paraît fatigué, ses gestes sont las. ✓ Comportements hostiles envers les pairs. ✓ Perte de popularité. ✓ Retrait social.
Indicateur cognitif	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incapacité à prendre des décisions. ✓ Difficultés à se concentrer. ✓ L'enfant exprime le désir de se suicider. ✓ Peu d'attentes quant aux résultats scolaires, faibles performances scolaires, l'enfant s'attend à être en échec. ✓ Idées de mort.
Indicateur affectif	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estime de soi faible. ✓ Irritabilité. ✓ Plainte excessive. ✓ Dysphorie. ✓ Sentiments de culpabilité.
Indicateur physique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles du sommeil. ✓ Perte ou gain excessif de poids. ✓ Modification de l'appétit. ✓ L'enfant se sent accablé. ✓ Troubles psychomoteurs.

Les manifestations listées dans le tableau ci-dessous se rapportent principalement aux symptômes des troubles de l'humeur, mais certains comportements se rencontrent également dans d'autres troubles tant internalisés qu'externalisés. Certains items de l'indicateur "social et comportemental" sont classés dans la facette externalisée, les autres sont assignés à la facette internalisée de la banque d'items. Comme le démontrent les recherches empiriques sur la comorbidité, de nombreux signes des troubles émotionnels et comportementaux se recoupent entre eux. Les manifestations possibles de la dépression en classe sont regroupées en cinq dimensions. Elles délimitent les différents domaines à observer et évaluer chez les élèves susceptibles de développer un trouble de l'humeur en classe. Elles ne sont pas prises en considération dans l'élaboration de l'outil de dépistage.

4.1.4. Sélection et rédaction des items

Les manifestations de chaque taxonomie sont classées selon qu'elles appartiennent aux troubles internalisés ou aux troubles externalisés. Elles sont appariées entre elles lorsqu'elles décrivent le même comportement à observer. Trois items supplémentaires ont été puisés dans la littérature scientifique en lien avec les concepts d'impuissance apprise et d'inhibition intellectuelle présents chez les élèves avec des problèmes d'apprentissage associés (Ferrari, 2001; Sutherland et Singh, 2004). Ce choix a été fait dans le but d'élargir la variété des items proposés dans le sens que ces deux notions ne figuraient dans aucune des quatre taxonomies. Suite à ces opérations, une centaine d'items a été rédigée. Une dizaine d'items a été éliminée car difficile à objectiver en classe (p. ex. : L'enfant fait de moins en moins d'efforts). Les items externalisés redondants avec des items internalisés ont aussi été supprimés. La première version du questionnaire se composait de 84 items. Ce nombre élevé se justifie car beaucoup seront exclus au cours de la mise à l'essai. La théorie des tests psychométriques recommande d'en écrire entre deux à trois fois plus que le nombre souhaité. La numérotation des items s'est faite dans Excel en utilisant la fonction ALEA ("=alea()"). Afin de ne pas créer d'habitude chez l'utilisateur et d'éviter la tendance à l'acquiescement, des items ont été inversés et rédigés à la forme négative.

Le but de l'édification d'un outil de dépistage consiste à soutenir l'enseignant dans ses évaluations et ses observations quotidiennes. Il se nomme donc "Grille d'Observation". Cette première version a été relue et expérimentée par dix professionnels. Le choix des participants s'est porté sur trois enseignants primaires, cinq enseignants spécialisés et deux psychologues provenant de l'entourage du concepteur. Bien que cet outil soit à l'intention des enseignants, la consultation de l'instrument par des psychologues a l'avantage d'apporter un regard expérimenté en matière de psychométrie et de psychopathologie sur la construction du questionnaire. Ces personnes ont complété le questionnaire pour un ou plusieurs enfants de leur choix dans le but d'évaluer la compréhension des consignes du protocole d'évaluation et l'intelligibilité des items. Pour ce faire, chaque item est analysé en s'appuyant sur les quatre principes cités par Bernaud (2007) dans le but d'augmenter la qualité formelle des items. A partir des principes de non-ambiguïté, d'unidimensionnalité, d'économie et d'exactitude décrit plus haut (voir 3.3.), les expérimentateurs ont mis en évidence les items à réviser. Lors d'entretiens individuels, les difficultés et les anomalies constatées ont été transmises et expliquées au concepteur.

Tableau 22. *Synthèse des entretiens individuels de la pré-expérimentation de la Grille d'Observation*

Principe de non-ambiguïté	15 items présentaient des ambiguïtés dans la manière dont ils étaient formulés (utilisation de la négation pas appropriée, formulation alambiquée).
Principe d'unidimensionnalité	dans 3 items, deux aspects des troubles émotionnels et comportementaux étaient évalués. P. ex. : L'enfant est anxieux et peureux. Il manifeste ses inquiétudes ⇒ L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes
Principe d'économie	6 items étaient à la forme négative. Cette formulation n'était pas claire pour les utilisateurs. 3 items ont été rédigés à la forme positive. P. ex. : L'enfant ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses tâches ⇒ L'enfant se conforme aux consignes et parvient à mener à terme ses devoirs ou ses tâches scolaires. Les trois autres items sont laissés à la forme négative pour garder un certain nombre d'items inversés. Lors de la première passation, ces 3 items ont été reformulés à la forme positive car ils ont posé les mêmes problèmes aux enseignants. 3 items représentant des comportements négatifs ont été remplacés par des comportements positifs plus clairs pour les utilisateurs. Ex. : L'enfant est impopulaire auprès de ses pairs ⇒ L'enfant est populaire auprès de ses pairs (il est souvent choisi lors de jeux, invité aux anniversaires, etc.).
Principe d'exactitude	des corrections orthographiques et syntaxiques ont été apportées

Suite à cette pré-expérimentation, une deuxième version a été rédigée en tenant compte des corrections et des remarques proposées par les professionnels.

4.1.5. Questionnaire avant la première mise à l'essai

Dans le tableau 23 sont présentés les items inversés et ceux formulés négativement, suite aux remédiations de la pré-expérimentation. Ils sont au nombre de 19.

Tableau 23. *Items inversés*

N°	Items inversés
5	L'enfant a une bonne estime de lui-même
10	L'enfant ne s'implique pas dans des bagarres avec ses pairs.
17	L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte.
20	L'enfant manifeste son intérêt pour les activités scolaires.
23	L'enfant manifeste des sentiments de satisfaction et de plaisir.
26	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.
32	L'enfant fait ses devoirs.
43	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement.
47	L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire.
48	L'enfant est populaire auprès de ses pairs (il est souvent choisi lors de jeux, invité aux anniversaires, etc.).
54	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.
56	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.
61	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.
64	L'enfant manifeste des remords lorsqu'il a commis un acte répréhensible.
67	L'enfant n'a pas de comportements perturbateurs en classe.
69	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.
74	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.
80	En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants.
84	L'enfant se conforme aux consignes et parvient à mener à terme ses devoirs ou ses tâches scolaires.

Le tableau 24 est constitué des items du questionnaire de la Grille d'Observation qui seront soumis à la première mise à l'essai. Ils sont distribués aléatoirement. Les légendes⁶ en note de bas de page informent de quelles taxonomies est issu chaque item.

Tableau 24. *Items de la Grille d'Observation après la pré-expérimentation*

N°	Items	A	B	C	D	E
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires.				X	
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis.	PI		X		
3	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place).	PE	TDAH	X		
4	L'enfant tient des propos morbides, il exprime/ a exprimé des idées de mort.		TH	X	X	
5	L'enfant a une bonne estime de lui-même		TH		X	
6	L'enfant se plaint de troubles du sommeil.		TAG/TH	X	X	
7	L'enfant se met en situation physique dangereuse. Il prend des risques inconsidérés.			X		
8	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, en expression écrite/orale ou en mathématiques).			X		
9	L'enfant présente de l'hyperactivité.	PE	TDAH		X	
10	L'enfant ne s'implique pas dans des bagarres avec ses pairs.	PE	TOP/TC			
11	L'enfant est incapable de prendre des décisions.		TH		X	
12	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance).					X
13	L'enfant est facilement embarrassé, il manifeste un sentiment de gêne.	PI				
14	Un changement important de poids (perte ou un gain) est constaté chez l'enfant.		TH	X	X	
15	L'enfant tient des propos et/ou a un comportement à connotation sexuelle exagérée par rapport à son âge.		TC	X		
16	L'enfant s'ennuie en classe.			X		
17	L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte.			X		
18	L'enfant est facilement distrait, il se laisse happer par des stimuli parasites.	PE	TAG/TH/ TDAH	X		
19	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou réaliser un apprentissage.					X
20	L'enfant manifeste son d'intérêt pour les activités scolaires.	PI	TAS/TH		X	
21	L'enfant est triste, malheureux.	PI	TH			
22	L'enfant est accablé.	PI			X	
23	L'enfant manifeste des sentiments de satisfaction et de plaisir.		TH	X		
24	L'enfant est désorganisé dans son travail.		TDAH			
25	L'enfant présente des difficultés attentionnelles.	PE	TAG/TH/ TDAH	X		

Tableau 24 (suite).

⁶ Légendes explicatives du tableau 24

- A = Classifications empiriques : PI (problèmes internalisés) ; PE (problèmes externalisés)
- B = DSM-IV-TR : TC (Trouble des conduites) ; TOP (Trouble oppositionnel) ; TDAH = (déficit de l'attention/hyperactivité) ; AS (anxiété de séparation) ; AG (anxiété généralisé) ; TH (Trouble de l'humeur)
- C = Référentiel d'observation à l'usage des médecins
- D = Manifestations possibles de la dépression en classe
- E = autre

N°	Items	A	B	C	D	E
25	L'enfant présente des difficultés attentionnelles.	PE	TAG/TH/ TDAH	X		
26	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.			X		
27	L'enfant refuse de parler lorsqu'il est sollicité.	PI				
28	L'enfant menace/ a menacé de se suicider.		TH	X	X	
29	L'enfant des changements d'humeur soudains (p.ex., passe du rire aux larmes en un laps de temps très court).				X	
30	L'enfant se plaint régulièrement d'être fatigué et de manquer d'énergie.		TAG/TH		X	
31	L'enfant s'auto-agresse et/ou s'automutile (se scarifie, se griffe, se coupe, s'arrache les cheveux ou les cils, etc.).			X		
32	L'enfant fait ses devoirs.				X	
33	L'enfant préfère être avec des enfants plus jeunes.	PI		X	X	
34	L'enfant manifeste de l'opposition à toute proposition d'apprentissage.		TOP	X		
35	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages.	PE	TAG/TH/ TDAH	X	X	
36	L'enfant exprime des sentiments de culpabilité.		TH		X	
37	L'enfant présente une agitation motrice excessive.	PE	TDAH/TH		X	
38	L'enfant est victime d'accidents à répétition.			X		
39	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait.	PI	TH	X		
40	Dans la cour de récréation ou en sortie d'école, l'enfant préfère rester avec les adultes.	PI		X		
41	L'enfant est intolérant à la frustration, cette dernière se manifeste par de la colère, de l'hostilité, de la provocation et/ou des menaces.	PE	TC	X	X	
42	L'enfant manque de confiance en lui.	PI		X		
43	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement.	PE	TDAH		X	
44	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée.	PI				
45	L'enfant est souvent absent en raison de maladies à répétition.			X		
46	L'enfant consomme des produits toxiques, des drogues ou de l'alcool.			X		
47	L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire.				X	
48	L'enfant est populaire auprès de ses pairs (il est souvent choisi lors de jeux, invité aux anniversaires, etc.).				X	
49	L'enfant régresse. Il joue à des jeux de la petite enfance.			X	X	
50	L'enfant est irritable.	PE	TAG/TH		X	
51	L'enfant pleure souvent.	PI	TAS			
52	L'enfant manifeste des plaintes somatiques (douleurs abdominales, maux de tête, nausées, vomissements, etc.).		TAS	X	X	
53	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.	PE	TC			
54	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.			X		
55	L'enfant a du mal à initier des interactions et ne parvient pas à nouer des relations avec ces pairs.			X		
52	L'enfant manifeste des plaintes somatiques (douleurs abdominales, maux de tête, nausées, vomissements, etc.).		TAS	X	X	
53	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.	PE	TC			

Tableau 24 (suite).

N°	Items	A	B	C	D	E
54	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.			X		
55	L'enfant a du mal à initier des interactions et ne parvient pas à nouer des relations avec ces pairs.			X		
56	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.					X
57	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes.	PI	TA			
58	L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées.	PE				
59	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe.			X		
60	L'enfant est lent dans ses apprentissages.			X		
61	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.		TDAH			
62	L'enfant refuse de se rendre à l'école.		TAS	X		
63	L'enfant a des difficultés de mémorisation.		TAG			
64	L'enfant manifeste des remords lorsqu'il a commis un acte répréhensible.	PE	TOP			
65	L'enfant a des difficultés de coordination (gaucherie, maladresse).	PE				
66	L'enfant commet des actes de vandalisme (incendie volontaire, destruction de bien d'autrui).	PE	TC			
67	L'enfant n'a pas de comportements perturbateurs en classe.	PE			X	
68	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs.	PI				
69	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.				X	
70	L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive.	PI		X		
71	L'enfant manifeste une grande nervosité, ces gestes sont brusques.	PI				
72	L'enfant a des comportements antisociaux (passages à l'acte comme le vol, le mensonge, la tricherie).	PE	TC	X	X	
73	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires.		TA			
74	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.			X	X	
75	L'enfant a des rituels, des phobies et/ou des tics qui entravent son fonctionnement scolaire.		TA	X	X	
76	L'enfant pleure quand il doit se séparer de sa mère.		TAS	X		
77	L'enfant semble apathique, ces gestes sont las (ralentissement moteur).		TAG/TH		X	
78	L'enfant a de mauvaises fréquentations (pairs plus âgés : délinquants et/ou toxicomanes).	PE				
79	L'enfant est mutique dans des situations sociales spécifiques (p. ex., à l'école, en famille, en présence d'adulte, etc.) dans lesquelles il est supposé parler alors qu'il parle dans d'autres situations.	PI		X		
80	En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants.	PI		X	X	
81	L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire.		TDAH			
82	L'enfant se plaint de tension musculaire.		TAG			
83	L'enfant agresse et/ou insulte ses enseignants.	PE	TC			
84	L'enfant se conforme aux consignes et parvient à mener à terme ses devoirs ou ses tâches scolaires.	X	TDAH		X	

Avant de soumettre le questionnaire de la Grille d'Observation aux enseignants primaires du canton de Fribourg, un protocole de passation est rédigé afin de leur fournir les indications indispensables à son administration.

4.2. Protocoles et manuel de passation

Les protocoles de passation et les manuels d'utilisation des outils d'évaluation sont des documents à élaborer avec beaucoup de précaution. De fait, ils contiennent des instructions détaillées, les directives et les procédures nécessaires à l'administration de l'instrument (American Educational Research Association, 1999). Toutes ces informations doivent être suffisamment claires et précises pour que les utilisateurs puissent faire passer l'échelle d'évaluation dans les conditions prévues par le concepteur.

4.2.1. Protocole de passation pour la première mise à l'essai des items

Lors de la première mise à l'essai des items, le protocole de passation a été réalisé et envoyé avec la version pilote de la Grille d'Observation.

Tableau 25. *Protocole de passation à l'intention du premier groupe d'enseignants (mars 2010)*

Un consensus scientifique estime qu'environ 5 % des enfants présentent un trouble émotionnel et comportemental suffisamment grave pour interférer sur les capacités d'apprentissage et nécessiter une prise en charge thérapeutique (Abella et Manzano, 2006 ; Merrell, 2008a ; Steinhausen et Winkler Metzke, 2003). 15 % des enfants sont à risque de développer le trouble et pourraient bénéficier d'interventions préventives. L'édification de la Grille d'Observation à l'intention des enseignants a pour but de maximaliser leur compétence à identifier les troubles émotionnels et comportementaux afin de mettre en place les interventions appropriées. Les 84 items de la Grille d'Observation sont issus de quatre taxonomies différentes : les dimensions des problèmes internalisés et externalisés - les critères diagnostiques du DSM-IV-TR - le référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant (6-11 ans) à l'usage des médecins - la liste des manifestations possibles de la dépression en classe.

La mise à l'essai des items consiste à faire passer le questionnaire à des élèves âgés de 6 à 11 ans, scolarisés de la 1P à la 4P (3^{ème} à la 6^{ème} Harnos) dans le but de sélectionner les items les plus pertinents permettant de dépister les problèmes émotionnels et comportementaux. Merci de respecter les indications suivantes :

- 1) **Mode de passation** : compléter les données personnelles et le questionnaire de la Grille d'Observation (recto-verso) pour 5 élèves pris au hasard dans la liste alphabétique (3^{ème}, 5^{ème}, 7^{ème}, 9^{ème} et 11^{ème} de la liste de classe).
- 2) **Temps de passation** : après les vacances de Pâques 2010.
- 3) **Retour des questionnaires** : au plus tard le 15 mai 2010.

Le questionnaire contient une liste de comportements et/ou d'attitudes susceptibles d'être manifestés ou exprimés en classe. Répondez en vous fondant sur le comportement actuel de l'élève et/ou sur le comportement observé au cours des trois derniers mois. Il y a 4 niveaux de réponse possible au questionnaire : « jamais (à ma connaissance) » ; « parfois » ; « souvent » ; « tout le temps ».

4.2.2. Protocole de passation pour la seconde mise à l'essai des items

Ce protocole de passation a été rédigé lors de la passation de la version révisée de la Grille d'Observation.

Tableau 26. *Protocole de passation à l'intention du deuxième groupe d'enseignants (février 2011)*

Un consensus scientifique estime qu'environ 5 % des enfants présentent un trouble émotionnel et comportemental suffisamment grave pour interférer sur les capacités d'apprentissage et nécessiter une prise en charge thérapeutique (Abella et Manzano, 2006 ; Merrell, 2008a ; Steinhilber et Winkler Metzke, 2003). 15 % des enfants sont à risque de développer le trouble et pourraient bénéficier d'interventions préventives. L'édification de la Grille d'Observation à l'intention des enseignants a pour but de maximaliser leur compétence à identifier les troubles émotionnels et comportementaux afin de mettre en place les interventions appropriées. Les 37 items sont placés aléatoirement dans le questionnaire.

L'administration du questionnaire de la Grille d'Observation a pour but de vérifier si ce dernier dépiste effectivement les problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants scolarisés de la 3^{ème} à la 6^{ème} Harmos. Pour ce faire, la passation de la Grille d'Observation se fait simultanément à celle d'un autre questionnaire, le "Teacher Report Form" (TRF, Aschenbach et Rescola, 2001). Il s'agit d'un inventaire de comportements à l'usage des enseignants déjà validé et standardisé sur le plan international. Merci de respecter les indications suivantes :

- 1) Mode de passation : compléter les données personnelles et le questionnaire de la Grille d'Observation (rose) et l'inventaire de comportements (vert) recto-verso pour 3 élèves pris au hasard dans la liste alphabétique (4^{ème}, 6^{ème}, 8^{ème} de la liste).
- 2) Merci de donner une réponse pour tous les comportements !
- 3) Temps de passation : après les vacances de Carnaval 2011.
- 4) Retour des questionnaires : au plus tard le 15 avril 2011.

Le questionnaire contient une liste de comportements et/ou d'attitudes susceptibles d'être manifestés ou exprimés en classe. Répondez en vous fondant sur le comportement actuel de l'élève et/ou sur le comportement observé au cours des trois derniers mois. Il y a 4 niveaux de réponse possible au questionnaire : « jamais (à ma connaissance) » ; « parfois » ; « souvent » ; « tout le temps ».

4.2.3. **Compilation du manuel de passation**

Le manuel de passation⁷ de la Grille d'Observation est une étape importante de la construction d'un outil de dépistage. Sa compilation débute à la création du questionnaire et se poursuit tout au long de son développement (McIntire et Miller, 2007). La rédaction du manuel suit les prescriptions et directives des "Standards for Educational and Psychological Testing" (American Educational Research Association, 1999). Son contenu fournit un maximum d'informations nécessaires à la reproduction et à la révision des analyses publiées dans le manuel. Le plan du manuel de passation de la Grille d'Observation est établi à partir des procédures décrites dans les méthodologies psychométriques et les théories des tests. Selon les auteurs consultés (American Educational Research Association, 1999 ; Anastasi, 1994 ; Glover et Albers, 2007 ; McIntire et Miller, 2007), le manuel doit contenir :

- la justification de la construction de l'outil de dépistage,
- un historique du processus de développement,
- une description des objectifs et de la nature de l'instrument,
- le public-cible, les instructions nécessaires à l'administration et la notation du questionnaire,

⁷ La première version du manuel de passation figure dans les annexes

- les résultats des études de fiabilité et de validation, types de procédures appliquées (p. ex., les matrices de corrélation, l'analyse factorielle, coefficient alpha, etc.)
- les normes et les informations sur l'interprétation des scores (p. ex., types de scores, échantillon de normalisation, etc.)

Le concepteur évalue les informations pertinentes à figurer dans la documentation qui accompagne l'outil de dépistage. Le but du manuel est de permettre à l'utilisateur de réaliser l'évaluation dans des conditions optimales et de suivre les prescriptions d'application comme elles ont été pensées et conçues au départ. Ces informations sont suffisamment exhaustives pour permettre à d'autres chercheurs de répliquer les analyses de validation. Les caractéristiques techniques de la Grille d'Observation sont complétées au fur et à mesure de l'établissement des qualités psychométriques. Après ce travail de thèse, le manuel de passation devra être complété par les informations récoltées lors de la standardisation et les validations ultérieures du questionnaire. L'édification d'un outil de dépistage est un processus de longue haleine qui se déroule en plusieurs étapes.

4.3. Plan de recherche

La démarche d'édification et de passation de la Grille d'Observation a débuté par la composition des items de la Grille d'Observation selon les modalités issues des principes en psychométrie. Avant d'appliquer ce questionnaire à un premier échantillon, les items ont été examinés par des professionnels lors d'une pré-expérimentation. A la suite de ces remédiations liminaires, la mise à l'essai des items ou prétest consiste à évaluer une première fois les items avec un échantillon représentatif de la population pour laquelle l'instrument est destiné, soit des enfants âgés de 6 à 12 ans scolarisés en classe ordinaire dans le canton de Fribourg. Ce prétest permet d'obtenir des informations sur les réactions des sujets lors de la passation de la Grille d'Observation. Les données sont analysées qualitativement et quantitativement. L'analyse quantitative des données consiste à soumettre l'outil de dépistage à différents tests statistiques afin d'obtenir une troisième version avec un nombre d'items réduit. Une nouvelle mise à l'essai est réalisée avec un échantillon plus large. Les analyses qualitatives et quantitatives sont réévaluées dans le but d'obtenir la version finale de la Grille d'Observation. L'établissement des scores et une analyse de validation clôturent les analyses empiriques réalisées dans le cadre de ce travail de thèse. Le tableau 27 offre une vision d'ensemble de la démarche d'édification du questionnaire.

Tableau 27. *Plan d'édification et de passation de l'outil de dépistage*

Etapes d'édification	Etapes de passation	Temps
Constitution de la banque d'items : répartition des critères des 4 taxonomies (classification empirique, DSM-IV-TR, référentiel d'observation, liste des manifestations de la dépression) dans ⇒ les troubles internalisés ⇒ les troubles externalisés.		Automne 2009
Composition des items en regroupant les critères semblables des 4 taxonomies.		
Elimination des items redondants et peu objectivables en classe		
Rédaction des items inversés et première version de la Grille d'Observation.		
Rédaction du protocole de passation et demande d'autorisation à la DICS.	Lecture et expérimentation de la Grille d'Observation par 10 professionnels et révision de la première version. ⇒ Rédaction de la deuxième version.	Janvier – mars 2010
	La Grille d'Observation est envoyée à 48 enseignants de la 3 ^{ème} à la 6 ^{ème} Harmos du canton de Fribourg	Avril – mai 2010
Mise à l'essai des items, révision de la deuxième version. ⇒ Constitution de la troisième version avec les items restants.		Automne 2010
	La Grille d'Observation est envoyée à 344 enseignants de la 3 ^{ème} à la 6 ^{ème} Harmos du canton de Fribourg	Mars – Avril 2011
Mise à l'essai des items : révision de la troisième version ⇒ Rédaction de la version finale		2011 - 2014
Etablissement des seuils à risque et de signalement		
Compilation du manuel de passation		
Prototype de la Grille d'Observation		Janvier – février 2015

Les données récoltées durant les deux passations permettront de conduire à l'agencement de la forme finale et de fournir les premières propriétés psychométriques de la Grille d'Observation. La méthode utilisée pour le traitement statistique est décrite dans le chapitre suivant.

5. METHODE

Il existe deux approches de base pour construire des échelles d'évaluation de comportement, l'approche empirique et l'approche rationnelle (Eliott et Busse, 2007). Les échelles d'évaluation de comportements, selon l'approche empirique, sont en principe construites sur la base d'une méthode statistique appelée analyse factorielle. Dans l'analyse factorielle, les items sont évalués en fonction de leur corrélation entre eux. Les items montrant une faible corrélation sont éliminés. Dans l'approche rationnelle, ce sont des considérations méthodiques qui incluent ou excluent des comportements spécifiques des échelles d'évaluation de comportement. Ces dernières ont un pouvoir prédictif restreint comparées aux échelles d'évaluation de comportement créées empiriquement (Edlbrock, 1983, cité par Eliott et Busse, 2007). La Grille d'Observation est construite selon l'approche empirique. L'analyse des items de la Grille d'Observation s'effectue à partir d'une procédure qualitative qui consiste à faire examiner la forme du questionnaire par les utilisateurs et d'une démarche quantitative qui évalue empiriquement la pertinence de chaque item.

5.1. Analyse qualitative

Le pré-test permet d'obtenir des informations sur la manière dont les sujets conçoivent l'utilisation de l'outil de dépistage (Bernier et Pietrulewicz, 1997; McIntire et Miller, 2007). L'analyse qualitative de la passation de la Grille d'Observation consiste à analyser les commentaires apportés par les enseignants lors de l'administration du questionnaire. Dans cette étape, il est conseillé de tester les consignes de l'outil de dépistage, ces dernières doivent être claires, simples et, surtout, ne pas prêter à confusion (Beech et Harding, 1994). D'autre part, McIntire et Miller (2007) relèvent l'importance de connaître la manière dont les participants appréhendent le questionnaire et répondent aux différents items. A cet effet, une rubrique dans la partie "données sociodémographiques" a été réservée aux remarques des enseignants sur la compréhension des items et des consignes, ainsi que sur la pertinence de réaliser une Grille d'Observation à l'intention des enseignants pour le dépistage précoce des troubles émotionnels et comportementaux.

Tableau 28. *Espace dévolu aux remarques et appréciations des enseignants*

Remarques de l'enseignant-e (facultatif) <ul style="list-style-type: none">▪ Enfant (signalement particulier) : ...▪ Questionnaire (remarque-s particulière-s) : ...▪ Pertinence de réaliser une grille d'observation à l'usage des enseignants pour dépister les troubles émotionnels et comportementaux : ...

Cette analyse qualitative consiste à effectuer une évaluation de la validité de contenu (compréhension des items) et de la forme (terminologie utilisée, aspects formels et rédactionnels). Les remarques émises par les utilisateurs sur le questionnaire et le manuel de passation contribuent au même titre que les analyses quantitatives à la finalisation de l'outil de dépistage.

5.2. Analyse quantitative des items

L'analyse des items a pour objectif de mettre au point un outil de dépistage homogène. Le traitement statistique permet d'identifier les items performants, d'éliminer les items ne favorisant pas l'homogénéité du questionnaire et les items redondants. Afin d'obtenir un questionnaire homogène, chaque item doit mesurer la même variable et corrélérer avec le score total basé sur l'ensemble des items (Beech et Harding, 1994). La mise à l'essai des items de la Grille d'Observation consiste à faire passer l'outil de dépistage au public-cible et comprend différents tests statistiques, à savoir :

- 1) Mise à l'essai des items :
 - Difficultés des items
 - Analyse factorielle
 - Analyse de la consistance et de la cohérence interne

Une fois les items peu significatifs éliminés, une version révisée de l'outil de dépistage est administrée à un nouvel échantillon. La Grille d'Observation est complétée simultanément avec le formulaire de l'enseignant de l'inventaire des comportements, "Teacher Report Form" (TRF, Achenbach et Rescola, 2001). Ce questionnaire a l'avantage d'être un test validé et standardisé au niveau international. Sa fonction est de délimiter le groupe normal et clinique du second échantillon pour établir les T-scores de la Grille d'Observation à partir du groupe normal. Les T-scores des deux questionnaires sont comparés pour évaluer le niveau de corrélation. Après la seconde mise à l'essai des items, cet échantillon est soumis aux tests statistiques suivants :

- 1) Etablissement du seuil à risque et de signalement

- Statistiques descriptives des items
 - Etablissement des T-scores
- 2) Etude des qualités psychométriques
- Analyse de corrélation

Les données récoltées sont introduites dans Excel puis sont exportées et traitées dans SPSS 17 pour le premier échantillon et SPSS 21 pour le second échantillon. L'analyse des items est une sélection des meilleurs items (Laveault et Grégoire, 2002) dans le but d'évaluer leur pertinence et rendre la Grille d'Observation performante à l'identification des troubles émotionnels et comportementaux.

5.2.1. Mise à l'essai des items

L'analyse des items a pour fonction d'examiner l'efficacité de chaque item et d'identifier les items performants, réviser ceux qui pourraient l'être davantage et éliminer ceux qui ne le sont pas (McIntire et Miller, 2007). Deux types d'analyses sont proposés dans la littérature, à savoir : l'indice de difficultés d'items et l'indice de discrimination. Le premier indice indique la probabilité de réussir l'item par un individu comparativement à la population totale qui passe le test. Le second indice fait référence à la consistance interne du test. Pour ce faire, il a été utilisé le programme "reliability analysis" dans SPSS.

5.2.1.1. Difficulté des items

La difficulté des items se définit comme étant la proportion des répondants qui ont donné une bonne réponse à un item. Cet indice permet d'éliminer les items trop faciles ou trop difficiles pour l'échantillon. Selon les auteurs (Bernier et Pietrulewicz, 1997 ; McIntire et Miller, 2007), le seuil des items difficiles varie de 0.1 à 0.25 et le seuil des items faciles varie de 0.75 à 0.9. Pour Laveault et Grégoire (2002, p. 12) « c'est la nature des informations que l'on désire recueillir qui doit déterminer le niveau de difficulté des items à produire ». Les items de la Grille d'Observation sont issus de taxonomies de troubles mentaux, ils ont tendance à être difficiles pour l'enfant tout venant (échantillon aléatoire). Les items dont l'indice se situe entre 0.10 et 0.90 ont été retenus sur la base du seuil recommandé pour les tests psychométriques (Bernaud, 2007). A partir des statistiques descriptives des items, la formule proposée par Laveault et Grégoire a été utilisée pour calculer l'indice de difficulté: $P = \frac{mx-1}{\Sigma max-1}$, ex. : $[1.60-1/4-1=0.20]$. Elle consiste à diviser la moyenne de chaque item par l'étendue de la note moins 1 en raison de la cotation de 1 à 4. « Lorsque l'item est coté sur une échelle de plusieurs points, l'indice de difficulté est indiqué par la moyenne des cotes accordées à cet

item pour l'ensemble des sujets » (Laveault et Grégoire, 2002, p. 200). Cette formule a l'avantage d'être adaptée aux cotations provenant d'une échelle de Lickert.

5.2.1.2. Analyse factorielle

L'analyse factorielle est un « ensemble de méthodes statistiques multivariées dont le principal objectif est de définir la structure des corrélations d'un grand nombre de variables (p. ex., les réponses à un questionnaire) en déterminant un ensemble de dimensions communes appelées facteurs » (Carricano et Poujol, 2008, p. 54). La méthode d'extraction utilisée est celle de l'analyse des composantes principales qui se définit comme

une méthode d'investigation des facteurs mesurés par les items d'un test. A la limite, on compte autant de facteurs que d'items, mais la méthode, qui s'appuie sur les techniques de l'algèbre matricielle (linéaire), permet de présenter ces facteurs par ordre d'importance, les premiers expliquant plus de variance et étant reliés à un plus grand nombre d'items (Bernier et Pietrulewicz, 1997, p. 245).

Le but de l'analyse des composantes principales est d'établir des corrélations parmi les items de la Grille d'Observation afin de les réduire et de les regrouper en un petit nombre de facteurs. Le choix des tests réalisés s'est fait sur la base des procédures proposées dans la littérature consultée et en fonction des possibilités offertes par le logiciel SPSS.

1) Test de sphéricité de Bartlett et « Kaiser-Meyer-Olkin » (KMO)

La mesure du KMO indique le niveau de cohérence des variables retenues et l'existence d'une solution factorielle statistiquement acceptable. Le test de Bartlett fournit des informations sur la matrice de corrélation afin de savoir si les variables corrélaient entre elles.

Tableau 29. *Mesure de l'adéquation de l'échantillonnage* (Kramer, 1974, cité par Field, 2009)

Mesurer l'adéquation de l'échantillonnage (KMO) l'indice KMO varie entre 0 et 1	
≥ 0.80	Excellent
≥ 0.70	Bien
≥ 0.60	Médiocre
≥ 0.50	Misérable
≤ 0.50	Inacceptable

Une valeur proche de 1 indique que les corrélations entre les items sont de bonne qualité (Field, 2009). Pour que l'analyse des composantes puissent se poursuivre, le résultat du test de sphéricité de Bartlett doit être significatif ($p < .0005$) afin que l'hypothèse nulle voulant que les données proviennent d'une population pour laquelle la matrice serait une matrice d'identité puisse être rejetée.

2) Extraction des facteurs

L'avantage d'utiliser l'analyse des composantes principales est qu'elle permet d'extraire un petit nombre de facteurs pour expliquer une grande partie de la variance spécifique. Comme le soulignent Carricano et Poujol (2001, p. 57), « il n'existe pas vraiment de base quantitative exacte pour déterminer le nombre de facteur à extraire ». Les différents auteurs s'accordent sur la consultation de trois critères statistiques pour définir le nombre de facteurs à extraire qui expliquent la part de la variance de chaque item (Carricano et Poujol, 2008 ; Dancey, Reidy et Gauvrit, 2007 ; Field, 2009 ; Hair, 2010) :

- **La règle des valeurs propres initiales (ou "eigenvalue")** : une valeur propre indique la quantité d'informations contenue dans un facteur, plus cette dernière est élevée, plus le facteur explique une portion significative de la variance totale. Par défaut, SPSS ne conserve que les valeurs propres supérieures à 1. Quant à celles qui sont inférieures, elles sont considérées comme contenant moins d'informations qu'un simple item.
- **Le critère du pourcentage de variance** : afin de s'assurer qu'un facteur explique une quantité significative de variance, les pourcentages cumulés de la variance extraite par les facteurs successifs sont pris en considération. En science sociale, le critère du pourcentage de variance est satisfaisant lorsque 60%, voire moins, de la variance est expliquée ; l'idéal étant d'expliquer la plus grande proportion de variance possible avec un minimum de facteurs.
- **Le diagramme des valeurs propres (ou "scree plot")** : il s'agit de la représentation de la valeur propre associée aux facteurs qui pourraient être extraits. Ce sont les facteurs à la gauche du point d'inflexion où débute la formation d'un plateau qui devraient être retenus.

Ces critères apportent les indications nécessaires pour déterminer le nombre de facteurs à retenir. Toutefois, l'analyse factorielle est un outil d'exploration qui sert, avant tout, à guider le chercheur afin de prendre des décisions, mais ce n'est pas à l'ordinateur de décider de la configuration du questionnaire (Field, 2009). « Le nombre de facteurs à conserver est un choix délicat, que l'on fait en tenant compte de critères statistiques et théoriques » (Dancey et al., 2007, p. 475). Pour déterminer le nombre de facteurs à la Grille d'Observation, en plus de l'analyse des composantes, les apports théoriques sur les troubles émotionnels et comportementaux sont également pris en considération.

3) Rotation des facteurs

La rotation orthogonale « varimax » a été sélectionnée pour la suite des tests car elle permet aux facteurs de demeurer non corrélés (Carricano et Poujol, 2008). Sa fonction est d'optimiser la structure des facteurs de façon à ce que la variance s'équilibre entre ces derniers (Field, 2009, p. 680). L'avantage de cette méthode est qu'elle aboutit à ce qu'une multiplicité de facteurs explique un ensemble restreint de corrélation (Laveault et Grégoire, 2002). La plupart des chercheurs s'accordent pour conserver les items qui chargent un facteur en valeur absolue supérieure à 0.3 et pour éliminer celles inférieures, ainsi que ceux qui chargent plusieurs facteurs simultanément avec des valeurs absolues proches (Carricano et Poujol, 2008 ; Gorsuch, 1997). Pour Field (2006), plus un échantillon est petit, plus il est nécessaire de sélectionner les items qui ont une charge élevée. Dans la littérature scientifique, les recommandations suivantes sont suggérées : un échantillon de 100 devrait charger à plus de .55, un échantillon de 200 à plus de .364 et un échantillon de 300 à plus de .298 (Hair, 2010). Pour vérifier la consistance et la cohérence interne des dimensions trouvées, SPSS les calcule grâce à l'alpha de Cronbach, le coefficient de discrimination⁸ (corrélation complète des éléments corrigés) et le split-half.

5.2.1.3. Analyse de la consistance et de la cohérence interne

L'alpha de Cronbach et le coefficient de discrimination permettent d'analyser la consistance interne. Ils évaluent l'homogénéité et la stabilité entre les items dans chaque dimension du questionnaire. La cohérence interne est calculée par le split-half, appelé aussi fidélité par bissection, qui consiste à scinder en deux parties les items d'une dimension, puis de comparer les deux sous-scores. « La consistance interne permet de vérifier que les différents items mesurent bien la même chose ou à quel point les items du questionnaire sont homogènes »

⁸ Le coefficient de discrimination des items correspond à la "Trennschärfe" en allemand dont parlent Bortz et Döring.

(Bouvard, 2008, p. 5). L'alpha de Cronbach a tendance à augmenter avec le nombre d'items, une valeur élevée à ce test ne signifie pas forcément que tous les items sont satisfaisants (Bernaud, 2007 ; Field, 2009). De ce fait, le coefficient de discrimination apporte une assurance supplémentaire à l'évaluation de la fidélité interne. Ce dernier se définit comme la corrélation d'un item avec le score total de l'échelle sans l'item, il varie de + 1 à - 1 (Bortz et Döring, 2003). Les valeurs négatives nuisent à la qualité du test et doivent être éliminées. Plus les valeurs positives sont élevées, plus la corrélation est significative

1) Alpha de Cronbach et coefficient de discrimination

Le seuil d'acceptabilité de l'alpha de Cronbach se situe entre 0.75 et 0.8, supérieur à 0.8, il est considéré comme excellent (Field, 2009). Cet indice statistique varie de 0 à 1, plus il est élevé, c'est-à-dire proche de 1, plus l'homogénéité du questionnaire est satisfaisante. Pour assurer une bonne fiabilité au test, « on élimine donc les items qui diminuent le score, et on conserve ceux qui contribuent à augmenter l'alpha » (Carricano et Poujol, 2008, p. 53). Le coefficient de discrimination devrait être plus grand que 0.3, les valeurs comprises entre 0.3 et 0.5 assurent une discrimination modérée et celles supérieures à 0.5 une discrimination élevée (Weise, 1975, cité par Bortz et Döring, 2003, p. 219). Les items dont la valeur est inférieure à 0.3 sont éliminés. Lorsque des items sont supprimés à la suite des statistiques de fiabilité, il est nécessaire de répéter l'analyse factorielle.

2) Split-half

Ce coefficient de fidélité s'obtient en calculant la corrélation entre deux parties d'une sous-échelle selon la méthode de bissection (Laveault et Grégoire, 2002, p. 230). Sur SPSS, il s'obtient à l'aide du split-half. Les deux parts doivent être équivalentes tant dans le nombre d'items que dans leur contenu pour obtenir une estimation précise de la fidélité. Pour éviter des erreurs dues à des sous-ensembles qui ne seraient pas équivalents (p. ex. scores artificiellement élevés), il est préconisé de diviser le questionnaire de manière aléatoire (Anastasi, 1994 ; McIntire et Miller, 2007). La longueur du questionnaire influence le résultat du split-half. En effet, plus il contient d'items et plus sa fidélité sera bonne. Pour cette raison, il est nécessaire d'introduire la correction de Spearman-Brown qui permet d'estimer la fidélité du questionnaire en entier à partir de la fidélité calculée entre deux moitiés (Laveault et Grégoire, 2002). Pour que la fidélité soit considérée comme acceptable, les valeurs du coefficient "Spearman-Brown" doivent être supérieures à .80 ; lorsqu'elles sont supérieures .90, la fidélité peut être qualifiée de bonne (Garson, 2010). Laveault et Grégoire (2002) préconisent de préférer le calcul du coefficient alpha à la méthode de bissection. Les résultats du split-half sont dépendants de la manière dont l'échelle est divisée. SPSS ne réalisant pas

un partage aléatoire, il suffit de répartir les items autrement pour obtenir un coefficient de fidélité différent.

5.2.2. Etablissement du seuil à risque et de signalement

L'objectif de l'établissement du seuil à risque de la Grille d'Observation est d'interpréter à partir de quel score l'enfant est dans la zone à risque et à partir duquel, il est dans la zone de signalement. Le seuil à risque est élaboré spécifiquement pour le public-cible à partir de l'échantillon constitué à cet effet (McIntire et Miller, 2007). La littérature distingue plusieurs types de normes en fonction de l'âge des sujets, de leur niveau scolaire ou de leur genre (Frick et al., 2010 ; McIntire et Miller, 2007). Ces distinctions ont l'avantage de comparer des groupes répondant à des critères identiques. Comme le signale Frick (2010), lorsqu'un enfant est comparé à son groupe de genre, les effets dus aux différences de comportement entre les sexes sont atténués ou supprimés. Par exemple, grâce à l'utilisation de normes de genre, la proportion de garçons et de filles qui manifestent, des comportements hyperactifs (proportion de garçons plus élevées) ou des signes dépressifs (proportion de filles plus élevées selon certaines recherches) est pareille. Les normes situent les performances d'une personne aux performances d'un groupe normatif directement comparable (Anastasi, 1994 ; Hegde et Pomaville, 2012). « Presque tous les tests standardisés sont maintenant accompagnés d'une forme quelconque de normes intragroupes » (Anastasi, 1994, p. 67). L'établissement de ces seuils se fait à partir d'un groupe normal composé des garçons et un composé des filles constitué à l'aide du "Teaching Report Form" (TRF, Achenbach et Rescorla, 2001).

5.2.2.1. Instrument de mesure

Le TRF est un inventaire de comportements adaptés, normés et validés à la culture française (Bouvard et Perez, 2008). Il présente de bonnes qualités psychométriques (Achenbach et Rescorla, 2001). La validité et la fidélité ont été évaluées sur des larges échantillons d'enfants avec et sans troubles au travers de plusieurs centaines de recherches sur une quarantaine d'années (Merrell, 2008a). Le TRF a été conçu pour évaluer la psychopathologie de la population infanto-juvénile âgée de 6 à 18 ans. Il a l'avantage de distinguer précisément les groupes sains des groupes cliniques et d'identifier distinctement les problèmes internalisés des problèmes externalisés (Frick et al., 2010 ; Merrell, 2008a). Le TRF identifie correctement 85% des sujets signalés aux services de santé mentale, 7% des sujets sont des faux négatifs et 8% des faux positifs (Achenbach et Rescorla, 2001). Le formulaire de l'enseignant

permet une évaluation des performances scolaires, du fonctionnement adaptatif et des problèmes comportementaux et/ou émotionnels. Il est composé de deux échelles :

- a) Echelle de compétences sociales divisée en trois sous-échelles : activité – sociale - scolaire.
- b) Echelles des problèmes de comportement composée d'un score total et de quatre sous-échelle : problèmes externalisés (conduites délinquantes, conduites agressives), problèmes internalisés (anxiété/dépression, plaintes somatiques, retrait social), problèmes d'attention et d'hyperactivité, autres problèmes (problèmes sociaux, pensées déviantes,).

L'utilisation du TRF conjointement à la Grille d'Observation a pour avantage de permettre de définir un groupe normal (enfants sans troubles émotionnels et comportementaux) et un groupe clinique (enfants ayant des scores totaux élevés au score global, aux dimensions internalisées et externalisées, ainsi qu'aux problèmes d'attention et d'hyperactivité). Selon les "Standards for educational and psychological testing" (American Educational Research Association, 1999), la taille de l'échantillon normal doit être supérieure à 100 sinon l'applicabilité des normes à la population-cible est limitée. Dans un second temps, cette passation conjointe de la Grille d'Observation et du TRF permet d'établir la corrélation entre les T-scores des deux instruments.

5.2.2.2. Analyses descriptives et établissement des T-scores

Les scores bruts de la Grille d'Observation sont transformés en scores dérivés, à partir desquels le seuil à risque et de signalement sont déterminés. La plupart des manuels d'instruments d'évaluation fournissent une table de conversion en Z-scores ou en T-scores pour interpréter facilement les scores bruts des enfants (Hegde et Pomaville, 2012). Les interprétations réalisées à partir de ces scores permettent aux cliniciens de poser un diagnostic et de décider des interventions adaptées. Les scores bruts ne fournissent, en somme, que peu d'informations si ce n'est le nombre d'items réussis ou pas. Ils ne permettent pas de comparer le sujet testé aux autres sujets. Les T-scores sont des scores standards normalisés car ils se calquent sur une distribution normale. Leur moyenne est de 50 et leur écart-type est de 10 (Anastasi, 1994 ; Hegde et Pomaville, 2012). De ce fait, les analyses statistiques qui visent à transformer les données en scores dérivés doivent inclure la moyenne et l'écart-type.

Pour obtenir des T-scores, les scores bruts du groupe normal de filles et du groupe normal de garçons sont soumis à une transformation non linéaire. Si les tests de normalité (Kolmogorov-Smirnov ; Shapiro-Wilk) montrent des résultats qui ne sont pas conformes à la

loi normale, il est nécessaire de leur faire subir une transformation logarithmique. Cette opération permet de stabiliser la variance et de normaliser les distribution qui ont une asymétrie positive (Field, 2009 ; Osborne, 2010). Il s'agit d'une démarche relativement commune en science sociale (Osborne, 2010). Suite à la transformation logarithmique, les tests de normalité sont reconduits. Pour avoir une valeur significativement normale, les résultats doivent être supérieurs à .05 (Field, 2009). Une fois la courbe de normalité établie, les données sont transformées automatiquement dans SPSS en Z-scores. Pour obtenir des T-scores, ils sont multipliés par 10 et augmentés de 50 (Anastasi, 1994). SPSS calcule la transformation des Z-scores en T-scores dans "calculer la variable" en introduisant la formule suivante : $[50 + (10 * Z\text{-scores})]$. Pour obtenir les T-scores de tous les scores bruts de la Grille d'Observation, la formule suivante est appliquée aux scores-log10 dans Excel : $[(\text{Scores-log10} - \text{moyenne})/\text{écart-type}]*10 + 50]$.

5.2.3. Etude des qualités psychométriques

Le but de l'analyse de corrélation est de comparer les T-scores de la Grille d'Observation et ceux du TRF pour vérifier le niveau de corrélation entre eux. Cette analyse statistique permet d'évaluer la validité concordante qui consiste à évaluer le degré de corrélation d'un instrument d'évaluation et une mesure prise comme référence (Laveault et Grégoire, 2002). Cette forme de validité consiste à déterminer dans quelle mesure le construit de l'instrument en cours de validation est comparable à un instrument déjà validé (Bagner et al., 2006). Une corrélation significative entre le premier instrument et le critère externe tend à prouver la présence de deux mesures de la même caractéristique ou du même trait (Laveault et Grégoire, 2002). Il est important que le critère externe soit fiable et valide pour que les scores des deux mesures puissent être corrélés (McIntire et Miller, 2007). Si les scores corrélaient entre eux, l'instrument en cours de validation démontre une certaine validité. Voyazopoulos, Vannetzel et Eynard (2011) distinguent la validité convergente dont le critère externe est une autre mesure du même phénomène (p. ex., échelle d'évaluation versus observation en situation) de la validité concordante dont le critère est un outil de même nature qui mesure le même phénomène (p. ex., questionnaire A versus questionnaire B). Les auteurs anglo-saxons définissent la validité convergente comme étant la relation entre deux instruments qui mesurent le même construit en utilisant des techniques d'évaluation comparables ; plus la relation entre les deux instruments est élevée plus la validité convergente est importante (Bagner et al., 2006 ; Epstein, Nordness, Ron Nelson et Hertzog, 2002). Un résultat proche de 1 révèle l'existence d'une validité concordante élevée. La relation entre les deux instruments est mesurée par un coefficient de corrélation.

Pour pouvoir effectuer ce test, il est nécessaire de vérifier les conditions d'application (Dancey et al., 2007). Si les variables ont une distribution normale, il est possible d'utiliser le coefficient de corrélation de Pearson. Par contre, si les données ne répondent pas à ce critère, il convient de recourir au coefficient de Spearman qui est un test non paramétrique (Field, 2009) et qui peut être considéré comme un équivalent libre (Dancey et al., 2007). Dans le cadre de ce travail de thèse, la validation de la Grille d'Observation est d'ores et déjà soumise à certaines limites et les résultats obtenus sont à considérer avec précaution.

Afin de démontrer les propriétés psychométriques d'un instrument d'évaluation, il faut tester la fidélité et la validité à plusieurs reprises sur des échantillons différents. Sur le plan méthodologique, une contre-validation se justifie ultérieurement.

Il est essentiel d'étudier la validité d'un test avec un échantillon de sujets différent de celui qui a servi à sélectionner les items. Cette opération indépendante de vérification de la validité du test entier porte le nom de contre-validation. Tout indice de validité calculé avec le même échantillon qui a servi à sélectionner les items bénéficiera des erreurs d'échantillonnage propres à cet échantillon particulier et sera donc artificiellement gonflé. De fait, on pourrait même obtenir, dans de telles circonstances, un coefficient de validité élevé alors que le test ne serait aucunement valide pour prédire ce critère particulier (Anastasi, 1994, p. 229).

Le but de l'analyse d'items est d'améliorer les propriétés psychométriques de l'instrument à valider. Il est donc fondamental de démontrer que les items sélectionnés préservent leurs qualités en présence d'un nouvel échantillon. La contre-validation permet de vérifier si les relations observées avec l'échantillon de validation initial sont généralisables à d'autres groupes raison pour laquelle le présent travail de thèse aboutit à un prototype d'outil de dépistage.

5.3. Echantillons

Afin de faire passer les premières versions de la Grille d'Observation dans les écoles friburgeoises, une demande d'autorisation a été faite auprès du chef de service adjoint du Service de l'enseignement obligatoire de langue française (SEnOF). Cette autorisation s'étend à tous les enseignants de la troisième à la sixième Harmos du canton de Fribourg. La sélection des enfants étant aléatoire et le traitement des données anonyme, aucune auto-

risation n'a été demandée aux parents. Lors de la constitution de l'échantillon, plusieurs critères sont pris en compte. Les participants de la mise à l'essai des items correspondent à la population visée par la Grille d'Observation. La taille de l'échantillon n'est pas trop restreinte pour ne pas affecter l'analyse de la valeur accordée aux items (Bernaud, 2007). La grandeur est à considérer en fonction de l'homogénéité de la population. Laveault et Grégoire (2002) préconisent un échantillon de 50 sujets pour une population peu hétérogène (p.ex., les pilotes d'avion pour évaluer un test sur le stress) à 200, voire 300 sujets pour une population très hétérogène (p.ex., la mise à l'essai des items de la version française du WISC-III s'est réalisée sur 220 enfants français entre 6 et 16 ans). La population cible de la Grille d'Observation concerne des enfants en âge scolaire (entre 6 et 12 ans), la grande majorité des enfants n'est pas encore entrée ni dans la puberté, ni dans l'adolescence, l'hétérogénéité est donc moins importante que dans l'exemple du WISC-III.

5.3.1. Constitution du premier échantillon

Au départ, 240 questionnaires ont été envoyés à 24 enseignants des classes primaires de la troisième à la quatrième année Harnos et 24 de la cinquième à la sixième année Harnos (5 questionnaires/enseignant). Quatre enseignants ont signalé qu'ils ne répondaient plus aux critères de passation en raison d'un départ en retraite, d'un congé maternité, d'un travail dans une classe huitième Harnos et dans l'enseignement spécialisé. Au final, 124 questionnaires ont été reçus en retour et ont été utilisés pour réaliser l'analyse des items. Un enseignant n'a renvoyé que 4 questionnaires car un des élèves sélectionné aléatoirement venait d'arriver dans la classe de provenance de l'étranger. Il était donc impossible de compléter le questionnaire pour lui. L'échantillon de 124 sujets a été considéré comme suffisant pour réaliser la mise à l'essai des items. En plus de répondre aux items de la Grille d'Observation, les enseignants ont dû compléter un questionnaire sociodémographique. Les statistiques descriptives ci-dessous donnent un aperçu des caractéristiques de ce premier échantillon.

Tableau 30. *Caractéristiques du premier échantillon*

124 questionnaires		Σ	%
Age	7 ans	8	6.5
	8 ans	29	23.4
	9 ans	41	33.1
	10 ans	28	22.6
	11 ans	15	12.0
	12 ans	3	2.4
Sexe	Masculin	59	47.6
	Féminin	65	52.4
Nationalité	Suisse	81	65.3

	Etrangère	43	34.7
Niveau scolaire	1P	32	25.8
	2P	38	30.6
	3P	40	32.3
	4P	14	11.3
Prise en charge thérapeutique	Pas	81	65.3
	MCDI (maître de classe de développement itinérant)	6	4.8
	SPS (soutien pédagogique spécialisé)	6	4.8
	Logopédie	9	7.4
	Psychomotricité	0	0
	Psychologie	19	15.3
	Autres types de prise en charge (appui, programme spécial, cours de langue, ergothérapie)	3	2.4

Selon les renseignements fournis, l'échantillon est représentatif de la population scolaire fribourgeoise comparée aux statistiques scolaires du Canton de Fribourg (Services de la statistique, SStat, 2010). Le taux élevés d'élèves étrangers (~ 35%) comparés aux statistiques scolaires qui situent le nombre d'enfants ayant un passeport étranger à 23% fait exception. Cette différence est due aux écoles d'où proviennent les élèves, sachant que certaines écoles dans le canton, notamment en ville de Fribourg, peuvent avoir une proportion d'enfants migrants extrêmement élevée comparativement à d'autres. De ce fait, malgré la constitution aléatoire de l'échantillon (3^{ème}, 5^{ème}, 7^{ème}, 9^{ème} et 11^{ème} de la liste de classe), certains enseignants ont complété entre 3 et 5 questionnaires qui concernaient des élèves d'origine étrangère. Les élèves sont âgés de 7 à 12 ans. Il est constaté un nombre légèrement plus élevé de filles que de garçons. Comme à ce stade de la construction, il n'y a pas de distinction entre les genres, cette situation n'a pas d'influence sur l'analyse d'items.

5.3.2. Constitution du second échantillon

Lors de cette passation, il a été décidé d'élargir l'envoi de la Grille d'Observation et du TRF à tous les enseignants de la 3^{ème} à la 6^{ème} Harnos du canton de Fribourg. Les adresses postales et les courriels des enseignants ont été fournis par l'inspectorat. Le nombre de classes par année scolaire étant différent, il a été décidé d'effectuer le même nombre d'envois pour chaque degré. L'envoi des questionnaires a été adressé à un seul enseignant par classe, indépendamment des duos ou trios pédagogiques. Le nombre de classes participant à la deuxième passation de la Grille d'Observation a été arrêté à 86, soit le nombre de classes de la 6^{ème} Harnos. Pour les trois autres années scolaires, les 86 adresses d'enseignants ont été sélectionnées dans Excel en utilisant la fonction ALEA ("=alea()"). Chaque enseignant reçoit trois "Grilles d'Observation" et trois TRF à compléter pour trois élèves tout-venants

choisis dans la liste de classe (4^{ème}, 6^{ème}, 8^{ème} de la liste). Au total, 1032 questionnaires ont été envoyés à 344 enseignants. Après l'envoi des questionnaires les enseignants ont été relancés deux fois par courriel.

Tableau 31. *Constitution du deuxième échantillon*

Classe	Nombre total de classes	Nombre de classes sélectionnées pour l'envoi	Total de Grille d'Observation TRF (3/classe)
3^{ème} Harnos	109	86	258
4^{ème} Harnos	97	86	258
5^{ème} Harnos	96	86	258
6^{ème} Harnos	86	86	258
Total	388	344	1032
Questionnaires en retour		119	357 355 utilisables

En retour, 119 enseignants ont participé à cette deuxième passation, 355 Grilles d'Observation et TRF ont été remplis correctement, complètement et conjointement. Deux questionnaires n'ont pas été retenus car pour un, il manquait le TRF et pour l'autre le TRF était incomplet. Dès lors, il était impossible de déterminer si l'enfant faisait partie du groupe normal ou clinique.

Tableau 32. *Caractéristiques du deuxième échantillon*

355 questionnaires		Σ	%
Age	6 ans	1	.3
	7 ans	17	4.8
	8 ans	78	22.0
	9 ans	86	24.2
	10 ans	75	21.1
	11 ans	71	20.0
	12 ans	9	2.5
	Manquants	18	5.1
Sexe	Masculin	190	53.5
	Féminin	165	46.5
Nationalité	Suisse	264	74.3
	Etrangère	82	23.2
	Manquants	9	2.5
Niveau scolaire	3P Harnos	81	22.8
	4P Harnos	103	29.0
	5P Harnos	79	22.3
	6P Harnos	92	25.9
Prise en charge thérapeutique	Pas	233	65.6
	MCDI (maître de classe de développement itinérant)	8	2.3
	SPS (soutien pédagogique spécialisé)	4	1.1
	Logopédie	31	8.7
	Psychomotricité	16	4.5
	Psychologie	63	17.8

L'analyse des données sociodémographiques ne montre rien de particulier, l'échantillon est représentatif de la population visée par l'outil de dépistage. Le taux d'enfants d'origine étrangère est conforme à celui des statistiques scolaires qui est de 23% pour les degrés primaires (SStat, 2010). Les taux d'intervention en logopédie, en psychomotricité et en psychologie sont un peu élevés. Les statistiques officielles de l'année 2011 n'ont pas pu être consultées, il est difficile de savoir si ces taux sont significativement élevés. Dans cet échantillon, de nombreux enfants étaient au bénéfice de deux, voire trois interventions de soutien. Pour réaliser l'analyse descriptive de l'échantillon, seule la prise en charge la plus conséquente a été prise en considération, raison pour laquelle le taux d'élèves bénéficiant d'une prise en charge psychologique est très élevé. Cette décision se justifiait dans le sens qu'à la réception des questionnaires, il était question de constituer le groupe clinique avec les enfants pris en charge en psychologie scolaire. Après analyse des questionnaires, les motifs motivant la psychologie scolaire n'étant pas clairement explicités cette alternative a été abandonnée. L'option de distinguer le groupe normal du groupe clinique à l'aide du TRF a été privilégiée car la sélection s'effectue sur la base de critères identiques pour chaque enfant. Le groupe

clinique est constitué des élèves ayant des résultats élevés au score total et aux scores des sous-échelles troubles internalisés, troubles externalisés et troubles d'inattention et hyperactivité. Ce choix a le désavantage d'introduire un biais dans l'analyse de corrélation entre les T-scores des deux instruments. De fait, la validité concurrente s'effectue avec l'échantillon qui a servi à établir les seuils à risque et de signalement.

Les autres informations récoltées ne sont pas significatives pour l'analyse qualitative et quantitative de la Grille d'Observation.

6. RESULTATS

Les deux échantillons sont soumis préalablement aux mêmes analyses statistiques, à savoir : une analyse qualitative des remarques proposées par les enseignants et une analyse quantitative des items (l'indice de difficulté, l'analyse factorielle, l'analyse de la consistance et de la cohérence interne). L'établissement des seuils à risque et la validité convergente sont réalisés sur le second échantillon.

6.1. Mise à l'essai des items du premier échantillon

La première mise à l'essai des items a été réalisée sur un échantillon de 124 questionnaires complétés par 25 enseignants différents. Dans le tableau ci-dessous sont listés les items qui ont posé des problèmes lors de la passation de l'outil de dépistage.

Tableau 33. *Items problématiques à l'interprétation*

N°	Items	Problèmes rencontrés	Fréquence
10	L'enfant ne s'implique pas dans des bagarres avec ses pairs.	La négation engendre une ambiguïté dans la réponse.	3
11	L'enfant est incapable de prendre des décisions.	Le terme "incapable" engendre également une ambiguïté dans la réponse.	2
41	L'enfant est intolérant à la frustration, cette dernière se manifeste par de la colère, de l'hostilité, de la provocation et/ou des menaces.	Il est difficile de répondre à cette question.	1
58	L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées.	Cette question pourrait s'adresser à tous les enfants.	1
64	L'enfant manifeste des remords lorsqu'il a commis un acte répréhensible.	Si ce qui doit être coté est le fait d'avoir des remords ou le fait d'avoir commis un acte répréhensible.	1
67	L'enfant n'a pas de comportements perturbateurs en classe.	La négation engendre une ambiguïté dans la réponse.	3
69	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.	Il pourrait y avoir deux items à coter (résultats scolaires et réussite).	1
84	L'enfant se conforme aux consignes et parvient à mener à terme ses devoirs ou ses tâches scolaires.	Il pourrait y avoir deux items à coter (devoirs et tâche scolaire).	1

Les items formulés de manière négative prêtent à confusion. C'est le cas des items 10, 11 et 67 en particulier. Ces items ont été formulés positivement dans la version suivante de la Grille d'Observation. Les items 41, 58, 64, 69, 84, ont été signalés comme problématique par une seule personne, ils seront maintenus tels quels afin de ne pas créer d'habitude chez l'utilisateur. En général, le questionnaire n'a pas posé de problème particulier lors de sa passation. Aucune remarque n'a signalé des difficultés de compréhension des consignes. Sept enseignants (7/25) se sont exprimés favorablement sur la pertinence et l'utilité d'un tel outil,

les autres n'ont pas donné leur avis. L'analyse des items peut débuter avec le calcul de l'indice de difficulté qui consiste à exclure les items trop difficiles ou trop faciles.

6.1.1. Indice de difficulté des items

Une analyse descriptive des données est réalisée sur SPSS. A partir des résultats obtenus l'indice de difficulté est calculé à l'aide de la formule suivante : $P = \frac{Mx-1}{\Sigma Max-1}$, ex. : $[\frac{1.60-1}{4-1}=0.20]$. Les indices de difficulté inférieurs à .1 et supérieurs à .9 sont éliminés.

Tableau 34. Calcul de l'indice de difficultés (1^{er} échantillon)

	Min	Max	Mx	$P = \frac{Mx-1}{\Sigma max-1}$
1. L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires.	1	4	1.60	.20
2. L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis.	1	4	1.51	.17
3. L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place).	1	4	1.54	.18
4. L'enfant tient des propos morbides, il exprime / a exprimé des idées de mort.	1	3	1.09	.03
5. L'enfant a une bonne estime de lui-même.	1	4	2.29	.43
6. L'enfant se plaint de troubles du sommeil.	1	3	1.19	.06
7. L'enfant se met en situation physique dangereuse. Il prend des risques inconsidérés.	1	4	1.19	.06
8. L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, en expression écrite/orale ou en mathématiques).	1	4	1.99	.33
9. L'enfant présente de l'hyperactivité.	1	4	1.23	.07
10. L'enfant ne s'implique pas dans des bagarres avec ses pairs.	1	4	2.26	.42
11. L'enfant est incapable de prendre des décisions.	1	4	1.77	.25
12. L'enfant est irritable.	1	3	1.35	.11
13. L'enfant manifeste des sentiments de gêne apparents, il est facilement embarrassé.	1	4	1.92	.30
14. Un changement important de poids (perte ou un gain) est constaté chez l'enfant.	1	3	1.06	.02
15. L'enfant tient des propos et/ou a un comportement à connotation sexuelle exagéré par rapport à son âge.	1	3	1.07	.02
16. L'enfant s'ennuie en classe.	1	4	1.42	.14
17. L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte.	1	4	2.02	.34
18. L'enfant est facilement distrait, il se laisse happer par des stimuli parasites.	1	4	2.17	.39
19. L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou réaliser un apprentissage.	1	4	1.81	.27
20. L'enfant manifeste de l'intérêt pour les activités scolaires.	1	4	1.92	.30
21. L'enfant est triste, malheureux.	1	4	1.44	.14
22. L'enfant est accablé.	1	4	1.31	.10
23. L'enfant manifeste des sentiments de satisfaction et de plaisir.	1	4	2.18	.39
24. L'enfant est désorganisé dans son travail.	1	4	1.89	.29
25. L'enfant présente des difficultés attentionnelles.	1	4	1.98	.32
26. Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.	1	4	1.65	.21
27. L'enfant refuse de parler lorsqu'il est sollicité.	1	4	1.26	.08

Tableau 34 (suite).

	Min	Max	Mx	$P = \frac{1}{\sum_{i=1}^{max} 1}$
28. L'enfant menace/ a menacé de se suicider.	1	1	1.00	.00
29. L'enfant a des changements d'humeur soudains (p.e. passe du rire aux larmes en un laps de temps très court).	1	3	1.19	.06
30. L'enfant se plaint régulièrement d'être fatigué et de manquer d'énergie.	1	4	1.39	.13
31. L'enfant s'auto-agresse et/ou s'automutile (se scarifie, se griffe, se coupe, s'arrache les cheveux ou les cils, etc.).	1	1	1.00	.00
32. Les devoirs sont faits régulièrement.	1	4	1.45	.15
33. L'enfant préfère être avec des enfants plus jeunes.	1	3	1.35	.11
34. L'enfant manifeste de l'opposition à toute proposition d'apprentissage.	1	2	1.09	.03
35. Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages.	1	4	1.99	.33
36. L'enfant exprime des sentiments de culpabilité.	1	3	1.22	.07
37. L'enfant présente une agitation motrice excessive.	1	4	1.23	.07
38. L'enfant est victime d'accidents à répétition.	1	3	1.11	.03
39. L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait.	1	4	1.58	.19
40. Dans la cour de récréation ou en sortie d'école, l'enfant préfère rester avec les adultes.	1	4	1.27	.09
41. L'enfant est intolérant à la frustration, cette dernière se manifeste par de la colère, de l'hostilité, de la provocation et/ou des menaces.	1	4	1.22	.07
42. L'enfant manque de confiance en lui.	1	4	1.97	.32
47. L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire.	1	4	2.11	.37
48. L'enfant est populaire auprès de ses pairs (il est souvent choisi lors de jeux, invité aux anniversaires, etc.).	1	4	2.12	.37
49. L'enfant régresse. Il investit des jeux de la petite enfance.	1	4	1.14	.04
50. L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance).	1	4	1.50	.16
51. L'enfant pleure souvent.	1	3	1.23	.07
52. L'enfant manifeste des plaintes somatiques (douleurs abdominales, maux de tête, nausées, vomissements, etc.).	1	4	1.22	.07
53. L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.	1	3	1.30	.10
54. L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.	1	4	3.14	.71
55. L'enfant a du mal à initier des interactions et ne parvient pas à nouer des relations avec ses pairs.	1	4	1.48	.16
56. L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.	1	4	2.18	.39
57. L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes.	1	4	1.69	.23
58. L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées.	1	3	1.45	.15
59. L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe.	1	3	1.30	.10
60. L'enfant est lent dans ses apprentissages.	1	4	1.95	.31
61. Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.	1	4	1.75	.25
62. L'enfant refuse de se rendre à l'école.	1	3	1.10	.03
63. L'enfant a des difficultés de mémorisation.	1	4	1.74	.24
64. L'enfant manifeste des remords lorsqu'il a commis un acte répréhensible.	1	4	2.35	.45
65. L'enfant a des difficultés de coordination (gaucherie, maladresse).	1	4	1.57	.19
66. L'enfant commet des actes de vandalisme (incendie volontaire, destruction de bien d'autrui).	1	2	1.02	.06
67. L'enfant n'a pas de comportements perturbateurs en classe.	1	4	1.98	.32
68. L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs.	1	3	1.32	.10
69. L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.	1	4	2.30	.43
70. L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive.	1	4	1.56	.18
71. L'enfant manifeste une grande nervosité, ces gestes sont brusques.	1	3	1.28	.09

Tableau 34 (suite).

	Min	Max	Mx	P = [mx- 1/Σmax-1]
72. L'enfant a des comportements antisociaux (passages à l'acte comme le vol, le mensonge, la tricherie).	1	3	1.22	.07
73. Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires.	1	4	1.32	.10
74. L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.	1	4	2.17	.39
75. L'enfant a des rituels, des phobies et/ou des tics qui entravent son fonctionnement scolaire.	1	4	1.14	.04
76. L'enfant pleure quand il doit se séparer de sa mère.	1	4	1.13	.04
77. L'enfant est apathique, ces gestes sont lents (ralentissement moteur).	1	4	1.22	.07
78. L'enfant a de mauvaises fréquentations (pairs plus âgés : délinquants et/ou toxicomanes).	1	2	1.03	.01
79. L'enfant est mutique dans des situations sociales spécifiques.	1	4	1.23	.07
80. En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants.	1	4	1.69	.23
81. L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire.	1	4	1.71	.23
82. L'enfant se plaint de tension musculaire.	1	3	1.14	.04
83. L'enfant agresse et/ou insulte ses enseignants.	1	4	1.05	.01
84. L'enfant se conforme aux consignes et parvient à mener à terme ses devoirs ou ses tâches scolaires.	1	4	1.81	.27
N = 124				

Trois items (28, 31, 46) n'ont jamais été cotés par les enseignants, leur moyenne est de 1. Ces items décrivent des comportements extrêmes. Ils figureront dans la Grille d'Observation mais hors du questionnaire principal. Une réponse positive à l'un de ces items implique un signalement immédiat aux parents et au service de psychologie scolaire.

Tableau 35. *Comportements extrêmes à joindre au questionnaire de la Grille d'Observation*

	Comportements extrêmes	Oui	Non
1	L'enfant menace/ a menacé de se suicider.		
2	L'enfant s'auto-agresse et/ou s'automutile (se scarifie, se griffe, se coupe, s'arrache les cheveux ou les cils, etc.).		
3	L'enfant consomme des produits toxiques, des drogues ou de l'alcool		

Après le calcul de l'indice de difficultés, 28 items (4, 6, 7, 9, 14, 15, 27, 29, 34, 36, 37, 40, 41, 49, 51, 52, 62, 66, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 83) ont été éliminés car trop difficiles (< .1). Il n'y a pas d'item trop facile (> .9). Les indices de difficulté se situent entre 0.70 et 0.10, les items sont plutôt difficiles. La passation s'est réalisée parmi une population d'enfants tout-venants sachant que la Grille d'Observation a pour but d'identifier des problèmes internalisés et externalisés. Selon le modèle pyramidal des soutiens, 80% des enfants ne sont pas concernés par les troubles émotionnels et comportementaux. L'analyse factorielle est réalisée à partir des 53 items restant [(84-3)-28=53].

6.1.2. Analyse factorielle

L'analyse factorielle est réalisée à partir de la démarche proposée par Field (2009) dans SPSS. La méthode d'extraction utilisée est l'analyse des composantes principales (ACP). L'indice de KMO et la sphéricité de Bartlett mesurent l'adéquation de l'échantillon.

Tableau 36. *Indice KMO et test de Bartlett (1^{er} échantillon)*

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		.857
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	4651.804
	ddl	1378
	Signification de Bartlett	.000

L'indice KMO de 0,857 est qualifié de très bon, il se situe entre 0.80 et 0.90. Le résultat du test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0,0005$). L'hypothèse nulle voulant que les données proviennent d'une population pour laquelle la matrice serait une matrice d'identité peut être rejetée. Les corrélations ne sont donc pas toutes égales à zéro. L'analyse peut être poursuivie.

Tableau 37. *Extrait de la matrice de corrélation (1^{er} échantillon)*

		Matrice de corrélation								
		V1	V2	V3	V5	V8	V10	V11	V12	V13
Corrélation	V1	1.000	.438	.254	.305	.644	.055	.403	.262	.375
	V2	.438	1.000	.322	.364	.403	.137	.235	.538	.339
	V3	.254	.322	1.000	-.026	.290	.211	.092	.362	-.018
	V5	.305	.364	-.026	1.000	.428	-.040	.474	.060	.433
	V8	.644	.403	.290	.428	1.000	.102	.524	.143	.382
	V10	.055	.137	.211	-.040	.102	1.000	.004	.259	-.075
	V11	.403	.235	.092	.474	.524	.004	1.000	.068	.480
	V12	.262	.538	.362	.060	.143	.259	.068	1.000	.159
	V13	.375	.339	-.018	.433	.382	-.075	.480	.159	1.000
...										

La matrice de corrélation a été réalisée à partir des 53 items restant après le calcul de l'indice de difficulté. Son analyse montre que les variables sont corrélées entre elles. Il n'y a pas de corrélation supérieure à .9, il n'existe donc pas de multicolinéarité (Field, 2009). La factorisation est donc possible.

Tableau 38. *Variance totale expliquée du processus d'extraction par défaut de SPSS (1^{er} échantillon)*

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	17.173	33.024	33.024	17.173	33.024	33.024	6.923	13.314	13.314
2	3.870	7.443	40.467	3.870	7.443	40.467	5.903	11.353	24.667
3	3.339	6.422	46.889	3.339	6.422	46.889	4.614	8.874	33.541
4	2.145	4.125	51.013	2.145	4.125	51.013	3.805	7.318	40.858
5	1.833	3.525	54.538	1.833	3.525	54.538	3.029	5.826	46.684
6	1.614	3.104	57.643	1.614	3.104	57.643	2.274	4.373	51.058
7	1.469	2.825	60.468	1.469	2.825	60.468	2.273	4.372	55.430
8	1.384	2.662	63.130	1.384	2.662	63.130	1.847	3.551	58.981
9	1.258	2.418	65.549	1.258	2.418	65.549	1.786	3.435	62.415
10	1.193	2.294	67.843	1.193	2.294	67.843	1.700	3.269	65.684
11	1.084	2.085	69.928	1.084	2.085	69.928	1.613	3.102	68.786
12	1.007	1.937	71.865	1.007	1.937	71.865	1.601	3.078	71.865
13	...								

Lors du premier processus d'extraction des facteurs par défaut de SPSS, 12 composantes ont été extraites dont les valeurs sont supérieures à 1, les 60% de la variance cumulée sont expliqués par 7 facteurs et l'interprétation de la figure des valeurs propres pencherait plutôt pour 3 facteurs.

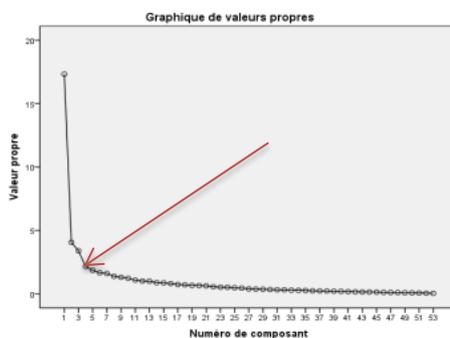


Figure 4. Valeurs propres (1^{er} échantillon)

Sur la base des aspects théoriques relatifs aux troubles émotionnels et comportementaux, la décision d'extraire 3 facteurs a été privilégiée à l'explication de la variance pour déterminer le nombre de facteurs à extraire. L'analyse des composantes a été reconduite en forçant l'extraction à 3 facteurs.

Tableau 39. *Variance totale expliquée après extraction de 3 facteurs (1^{er} échantillon)*

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	12.973	35.062	35.062	12.973	35.062	35.062	8.744	23.633	23.633
2	3.276	8.853	43.916	3.276	8.853	43.916	5.411	14.625	38.258
3	3.053	8.252	52.168	3.053	8.252	52.168	5.147	13.910	52.168
4	1.452	3.924	56.092						
5	1.365	3.689	59.782						
6	...								

L'option de répartir les items en 3 facteurs se justifie théoriquement car leur contenu correspond aux inadaptations associées aux troubles émotionnels et comportementaux mis en exergue par la littérature scientifique, à savoir : difficultés scolaires, des difficultés sociales liées aux problèmes internalisés et celles liées aux problèmes externalisés (voir 2.2.2.). Cette configuration devrait permettre la distinction entre les élèves présentant des troubles internalisés de ceux manifestant des troubles externalisés grâce à la deuxième et la troisième sous-échelle. L'échantillon étant de 124, les items avec des valeurs absolues inférieures à .45 sont éliminés lors de la rotation orthogonale "varimax". Ceux qui chargent plusieurs facteurs simultanément avec des valeurs proches sont également supprimés. Dans SPSS, les fonctions "classement des variables par taille" et "supprimer les faibles coefficients" (< .45) ont été sélectionnées.

Tableau 40. *Matrice des composantes après rotation (1^{er} échantillon)*

	Composantes		
	1	2	3
8. L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, en expression écrite/orale ou en mathématiques).	.827		
74. L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.	.808		
60. L'enfant est lent dans ses apprentissages.	.807		
69. L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.	.797		
63. L'enfant a des difficultés de mémorisation.	.773		
19. L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou réaliser un apprentissage.	.746		
56. L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.	.714		
35. Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages.	.685		
54. L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.	.680		
24. L'enfant est désorganisé dans son travail.	.634		
84. L'enfant se conforme aux consignes et parvient à mener à terme ses devoirs ou ses tâches scolaires.	.615		.530
18. L'enfant est facilement distrait, il se laisse happer par des stimuli parasites.	.603		.511

Tableau 40 (suite).

	Composantes
--	-------------

	1	2	3
25. L'enfant présente des difficultés attentionnelles.	.589		.538
26. Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.	.581		
1. L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.557		
47. L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire.	.552		
11. L'enfant est incapable de prendre des décisions	.534		
70. L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive.		.622	
22. L'enfant est accablé.		.617	
44. L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée.		.575	
42. L'enfant manque de confiance en lui.	.471	.570	
39. L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait.		.550	
80. En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants.		.546	
57. L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes.		.522	
50. L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance).		.520	
55. L'enfant a du mal à initier des interactions et ne parvient pas à nouer des relations avec ses pairs.		.503	
17. L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte.		.476	
58. L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées.		.476	
33. L'enfant préfère être avec des enfants plus jeunes.		.457	
30. L'enfant se plaint régulièrement d'être fatigué et de manquer d'énergie.			
23. L'enfant manifeste des sentiments de satisfaction et de plaisir.			
45. L'enfant est souvent absent en raison de maladies à répétition.			
3. L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place).			.742
12. L'enfant est irritable.			.695
53. L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.			.658
61. Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.			.603
59. L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe.			.587
2. L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis.			.527
67. L'enfant n'a pas de comportements perturbateurs en classe.			.527
73. Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires.			.517
68. L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs.			.506
81. L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire.			.464
32. Les devoirs sont faits régulièrement.			
10. L'enfant ne s'implique pas dans des bagarres avec ses pairs.			
16. L'enfant s'ennuie en classe.			
64. L'enfant manifeste des remords lorsqu'il a commis un acte répréhensible.			

La rotation orthogonale confirme la solution à 3 facteurs dont les propriétés correspondent aux trois dimensions mises en exergues par la recherche : difficultés scolaires et d'apprentissage – difficultés socio-émotionnelles – difficultés socio-comportementales. Les items 48 – 20 – 65 – 30 – 23 -45 – 32 – 10 – 16 – 64 sont éliminés car leur charge est inférieure à .45. Les items 5 – 42 chargent les deux premiers facteurs et sont aussi éliminer. A dessein, il a été décidé de garder les variables dont la charge est supérieure à .45 au lieu de

.55 afin de conserver les items 17 – 58 -33 – 81 dans les dimensions 2 et 3. Au risque de les éliminer lors de l'analyse de fiabilité, s'ils diminuent significativement l'alpha de Cronbach. Ces 4 items sont selon les aspects théoriques censés renforcer les dimensions internalisées et externalisées. Après élimination des items mentionnés, la rotation "Varimax" confirme la structure de la Grille d'Observation à 37 items répartis dans 3 facteurs différents. Cette structure est vérifiée par les analyses de fiabilité.

6.1.3. Analyse de consistance et de cohérence interne

L'alpha de Cronbach des trois facteurs se situe entre .843 et .945, il est donc supérieur à .75. De ce fait, les trois facteurs présentent une bonne cohérence interne. Une grande partie des coefficients de discrimination est supérieure .5, donc on peut affirmer que ces items ont un bon pouvoir de discrimination. Huit d'entre eux se situent entre .3 et .5, leur capacité à discriminer est considérée comme modérée. Les alphas de Cronbach en cas de suppression de l'élément sont homogènes. Aucun d'entre eux n'est significativement amélioré lors de la suppression d'un item (Field, 2009).

Tableau 41. Résultats de l'alpha de Cronbach et coefficient de discrimination (1^{er} échantillon)

Indicateur scolaire			Indicateur socio-émotionnel			Indicateur socio-comportemental		
Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
1	.642	.942	13	.647	.822	2	.630	.820
8	.831	.937	17	.371	.848	3	.640	.818
11	.534	.944	21	.677	.822	12	.581	.826
19	.797	.938	22	.619	.828	53	.584	.827
24	.695	.940	33	.455	.837	59	.671	.824
26	.591	.943	39	.525	.832	61	.488	.836
35	.728	.939	44	.522	.832	67	.435	.850
43	.735	.939	50	.543	.831	68	.563	.830
47	.554	.944	57	.456	.837	73	.645	.820
54	.563	.944	58	.563	.830	82	.472	.835
56	.713	.940	70	.454	.838	Nombres d'éléments		10
60	.767	.938	80	.437	.838	Alpha de Cronbach		.843
63	.807	.938	Nombres d'éléments		12			
74	.796	.938	Alpha de Cronbach		.845			
Nombres d'éléments		15						
Alpha de Cronbach		.944						

Au vu des résultats de l'alpha de Cronbach et du coefficient de discrimination, les trois sous-échelles de la Grille d'Observation ont une bonne fidélité interne. Il n'est donc pas nécessaire d'éliminer des items supplémentaires. Ces résultats sont confirmés par le Split-half.

Tableau 42. Résultats du Split-half (1^{er} échantillon)

Indicateurs	Nb. Items		Alpha de Cronbach	Corrélation entre partie 1 et 2	Corrélation après correction du Spearman Brown
	Partie 1	Partie 2			
Scolaire	Partie 1	8	.898	.843	.915
	Partie 2	7	.615		
Socio-affectif	Partie 1	6	.747	.743	.852
	Partie 2	5	.669		
Socio-comportemental	Partie 1	5	.793	.770	.870
	Partie 2	5	.655		

Au vu du nombre impair d'items, les indicateurs scolaire et socio-affectif n'ont pas le même nombre d'éléments dans chaque partie. L'alpha de Cronbach entre les deux parties est inférieur au test précédent car il se calcule avec un plus petit effectif d'items. Les corrélations après correction sont considérées comme satisfaisantes à bonnes car elles sont supérieures à .8.

6.1.4. Révision du questionnaire

Le tableau ci-dessous donne un résumé des résultats de l'analyse factorielle après avoir forcé l'extraction des facteurs à trois composantes. Les résultats de la consistance et de la cohérence interne des trois dimensions peuvent être considérés de bonne qualité puisqu'ils sont supérieurs à .8. L'extraction de ces trois facteurs répond autant aux exigences statistiques que théoriques. Ces trois dimensions sont liées aux manifestations des troubles en classe, à savoir : des inadaptations scolaires, des inadaptations sociales liées aux troubles internalisés et externalisés. La formulation "adaptation" a été préférée à "inadaptation" car certains items lorsqu'ils sont formulés positivement correspondent aux habiletés adaptatives nécessaires à une scolarité réussie. Cette version de la Grille d'Observation se compose donc de trois indicateurs : l'adaptation scolaire (1) – l'adaptation socio-affective (2) – l'adaptation socio-comportementale (3). En bas du tableau figurent les règles des valeurs propres, la variance après rotation et l'alpha de Cronbach pour chaque indicateur.

Tableau 43. Révision de la Grille d'Observation après première mise à l'essai des items

N°	contenu	(1) 15 items	(2) 12 items	(3) 10 items	Difficulté des Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Analyse qualitative des items
8	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, en expression écrite/orale ou en mathématiques).	.829			.33	.642	.942	✓
69	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.	.814			.43	.831	.937	✓
74	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.	.811			.39	.534	.944	✓
60	L'enfant est lent dans ses apprentissages.	.802			.31	.797	.938	✓
63	L'enfant a des difficultés de mémorisation.	.783			.24	.695	.940	✓
19	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou réaliser un apprentissage.	.742			.27	.591	.943	✓
56	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.	.726			.39	.728	.939	✓
43	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement.	.719			.38	.735	.939	✓
54	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.	.682			.71	.554	.944	✓
35	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages.	.674			.33	.563	.944	✓
24	L'enfant est désorganisé dans son travail.	.636			.29	.713	.940	✓
26	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.	.603			.21	.767	.938	✓
47	L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire.	.564			.37	.807	.938	✓
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.563			.20	.796	.938	✓
11	L'enfant est incapable de prendre des décisions	.521			.25	.642	.942	x
21	L'enfant est triste, malheureux		.712		.14	.647	.822	✓
13	L'enfant manifeste des sentiments de gêne apparents, il est facilement embarrassé.		.690		.30	.371	.848	✓
22	L'enfant est accablé.		.657		.10	.677	.822	✓
70	L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive.		.629		.18	.619	.828	✓
44	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée.		.583		.25	.455	.837	✓
50	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance).		.581		.16	.525	.832	✓
57	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes.		.580		.23	.522	.832	✓
39	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait.		.549		.19	.543	.831	✓
58	L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées.		.509		.15	.456	.837	✓
33	L'enfant préfère être avec des enfants plus jeunes.		.488		.11	.563	.830	✓

Tableau 43 (suite).

N°	contenu	(1) 15 items	(2) 12 items	(3) 10 items	Difficulté des Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Analyse qualitative des items
80	En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants.		.484		.23	.454	.838	✓
17	L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte.		.484		.34	.437	.838	✓
3	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place).			.737	.18	.630	.820	✓
12	L'enfant est irritable.			.722	.11	.640	.818	✓
53	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.			.694	.10	.581	.826	✓
61	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.			.627	.25	.584	.827	✓
59	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe.			.582	.10	.671	.824	✓
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis.			.574	.17	.488	.836	✓
73	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires.			.552	.10	.435	.850	✓
67	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe.			.538	.32	.563	.830	x
68	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs.			.521	.10	.645	.820	✓
81	L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire.			.456	.23	.472	.835	✓
	Eigenvalues (règles des valeurs propres)	8.744	5.411	5.147				
	% de la variance	23.633	14.625	13.910				
	alpha de Cronbach	.944	.845	.843				

Lors de l'analyse qualitative, les items 11 et 67 prêtaient à confusion. Le premier est reformulé positivement, soit : "L'enfant est incapable de prendre des décisions" devient "l'enfant est capable de prendre des décisions". Quant au second, il est reformulé négativement, soit : "L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe" devient "l'enfant ne présente pas de comportements perturbateurs". Une seconde mise à l'essai des items est réalisée avec un nouvel échantillon.

6.2. Mise à l'essai des items du second échantillon

Lors de l'administration de la Grille d'Observation, ni le protocole de passation, ni les items n'ont posé de problèmes de compréhension aux enseignants. 32 enseignants sur 119 pensent que l'utilisation d'un tel questionnaire est utile au dépistage des troubles émotionnels et comportementaux. 80 enseignants n'ont pas exprimé leur avis à ce sujet. 7 d'entre eux ont

un avis mitigé quant à la pertinence d'utiliser un tel outil en classe. Les arguments invoqués sont les suivants :

- La surcharge de travail administrative : « encore un document supplémentaire à compléter ». (2 x)
- L'ingérence dans les affaires familiales : « les problèmes émotionnels et comportementaux font partie de la sphère privée des élèves et concernent principalement les parents ». (1 x)
- Le dépouillement de la Grille d'Observation : « que faire des résultats ? » (1 x)
- Le domaine de compétence : « les enseignants sont-ils compétents pour analyser de tels outils, n'est-ce pas plutôt du ressort des thérapeutes ? » (1 x)
- La Grille d'Observation est intéressante mais trop longue à remplir. (2 x)

L'analyse qualitative des questionnaires n'exige aucune modification. L'analyse quantitative se poursuit. Une procédure identique à la première passation est mise en place pour effectuer le traitement statistique du nouvel échantillon à l'aide du logiciel SPSS 21.

6.2.1. Indice de difficulté des items

Sur la base des statistiques descriptives des items, la formule suivante : $P = \frac{M - 1}{\sum \max - 1}$, ex. : $[1.60 - 1 / 4 - 1 = 0.20]$, a été utilisée pour calculer l'indice de difficulté.

Tableau 44. Calcul de l'indice de difficulté (2^{ème} échantillon)

Items	Min	Max	\bar{M}	$P = \frac{M - 1}{\sum \max - 1}$
1. L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires.	1	4	1.62	.20
2. L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis.	1	4	1.57	.19
3. L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, en expression écrite/orale ou en mathématiques).	1	4	1.98	.33
4. L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte.	1	4	2.12	.37
5. L'enfant est capable de prendre des décisions.	1	4	1.74	.25
6. L'enfant est irritable.	1	4	1.43	.14
7. L'enfant manifeste des sentiments de gêne apparents, il est facilement embarrassé.	1	4	1.78	.26
8. L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.	1	4	3.43	.81
9. L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou réaliser un apprentissage.	1	4	1.82	.27
10. L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place).	1	4	1.62	.20

Tableau 44 (suite).

Items	Min	Max	\bar{M}	$P = \frac{[mx-1]}{\Sigma max-1}$
11. L'enfant est triste, malheureux.	1	4	1.45	.15
12. L'enfant est désorganisé dans son travail.	1	4	1.84	.28
13. L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe.	1	4	2.34	.45
14. L'enfant est accablé.	1	4	1.41	.14
15. L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs.	1	4	1.38	.13
16. Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.	1	4	1.76	.25
17. L'enfant préfère être avec des enfants plus jeunes.	1	4	1.35	.12
18. Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages.	1	4	1.97	.32
19. L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait.	1	4	1.54	.18
20. L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement.	1	4	2.41	.47
21. L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée.	1	4	1.82	.27
22. L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.	1	4	1.45	.15
23. L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.	1	4	2.27	.42
24. L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes.	1	4	1.75	.25
25. L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire.	1	4	2.28	.43
26. L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe.	1	4	1.35	.12
27. L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance).	1	4	1.55	.18
28. L'enfant est lent dans ses apprentissages.	1	4	1.99	.33
29. Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.	1	4	1.91	.30
30. L'enfant a des difficultés de mémorisation.	1	4	1.77	.26
31. L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées.	1	4	1.51	.17
32. L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.	1	4	2.49	.50
33. L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive.	1	4	1.50	.17
34. Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires.	1	4	1.50	.17
35. L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.	1	4	2.13	.38
36. L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire.	1	4	1.75	.25
37. En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants.	1	4	1.78	.26

Après l'application de la formule de calcul de l'indice de difficultés des items (P), tous les items se situent entre 0.10 et 0.90, seuil conseillé pour les tests psychométriques. Aucun item n'est éliminé avant l'analyse factorielle.

6.2.2. Analyse factorielle

La méthode d'extraction utilisée est l'analyse des composantes principales (ACP). L'indice de KMO et la sphéricité de Bartlett mesurent l'adéquation de l'échantillon.

Tableau 45. *Indice KMO et test de Bartlett (2^{ème} échantillon)*

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		.937
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	7437.122
	ddl	666
	Signification de Bartlett	.000

L'indice KMO de .937 est très bon, il est plus élevé que celui de l'échantillon précédent. L'analyse factorielle est appropriée pour ces données. Le résultat du test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < .0005$). L'hypothèse nulle voulant que les données proviennent d'une population pour laquelle la matrice serait une matrice d'identité peut être rejetée. Les corrélations ne sont donc pas toutes égales à zéro. Les résultats de l'indice KMO et du test de sphéricité de Bartlett sont compatibles avec une factorisation. L'analyse de la matrice de corrélation montre des variables qui corrélaient entre elles.

Tableau 46. *Extrait de la matrice de corrélation (2^{ème} échantillon)*

		V1.	V2.	V3.	V4.	V5.	V6.	V7.	V8.	V9.
Corrélation	V1.	1.000	.262	.577	.108	.296	.252	.222	.215	...
	V2.	.262	1.000	.216	.019	.194	.580	.164	.113	
	V3.	.577	.216	1.000	.133	.329	.252	.316	.375	
	V4.	.108	.019	.133	1.000	.122	-.027	.306	.142	
	V5.	.296	.194	.329	.122	1.000	.139	.406	.114	
	V6.	.252	.580	.252	-.027	.139	1.000	.016	.014	
	V7.	.222	.164	.316	.306	.406	.016	1.000	.205	
	V8.	.215	.113	.375	.142	.114	.014	.205	1.000	

La matrice de corrélation ne montre pas de corrélation supérieure à .9, il n'existe donc pas de multicolinéarité (Field, 2007). La factorisation se justifie. Le premier processus d'extraction des facteurs, par défaut de SPSS, a extrait sept composantes, ces sept facteurs expliqueraient les 62% de la variance cumulée et ont une valeur propre supérieure à 1. D'un point de vue statistique, il n'existe pas d'analyses suffisamment précises pour déterminer l'extraction des facteurs (Hair, 2010). Comme déjà mentionné, la règle des valeurs propres, le pourcentage de la variance et le test du coude sont les critères empiriques qui permettent de délimiter le nombre de facteurs à extraire pour autant que ces derniers soient corroborés par les aspects théoriques.

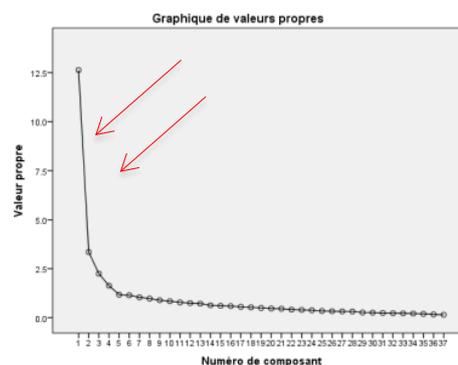
Tableau 47. *Variance totale expliquée du processus d'extraction par défaut SPSS (2^{ème} échantillon)*

Composante	Valeurs propres initiales	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation
------------	---------------------------	---	--

	Total	% de la variance	% cumu- lés	Total	% de la variance	% cumu- lés	Total	% de la variance	% cumu- lés
1	12.634	34.147	34.147	12.634	34.147	34.147	7.734	20.903	20.903
2	3.349	9.052	43.199	3.349	9.052	43.199	5.621	15.192	36.096
3	2.249	6.078	49.277	2.249	6.078	49.277	2.945	7.958	44.054
4	1.634	4.417	53.694	1.634	4.417	53.694	2.504	6.767	50.821
5	1.176	3.177	56.871	1.176	3.177	56.871	1.610	4.352	55.173
6	1.145	3.094	59.965	1.145	3.094	59.965	1.444	3.904	59.077
7	1.041	2.814	62.779	1.041	2.814	62.779	1.370	3.702	62.779
8	.977	2.639	65.418						

L'interprétation du graphique des valeurs propres est difficile à faire car la pente de la courbe se modifie après le troisième facteur, puis il y a la présence d'un coude au cinquième facteur (Field, 2009). Il serait donc judicieux de retenir deux ou quatre facteurs en fonction de l'évaluation de l'homogénéité et de la cohérence entre les items, ainsi que de l'analyse des items contenus dans chaque dimension.

Figure 5. Valeurs propres (2^{ème} échantillon)



Comme la première extraction n'a pas donné de résultat satisfaisant au regard des trois critères que sont la règle des valeurs propres, le pourcentage de la variance et le test du coude, trois extractions de facteurs différentes sont réalisées. La décision du nombre de facteurs à retenir pour la Grille d'Observation se fait sur la base des aspects théoriques et l'analyse des résultats statistiques.

- a) Lors de la première analyse effectuée, l'extraction a été forcée à trois facteurs afin de vérifier dans quelle mesure il serait possible de retrouver un modèle similaire à celui du questionnaire de la Grille d'Observation révisé.

Tableau 48. *Variance totale expliquée après extraction de 3 facteurs (2^{ème} échantillon)*

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	12.634	34.147	34.147	12.634	34.147	34.147	8.506	22.989	22.989
2	3.349	9.052	43.199	3.349	9.052	43.199	6.990	18.892	41.881
3	2.249	6.078	49.277	2.249	6.078	49.277	2.736	7.396	49.277
4	1.634	4.417	53.694						
5	1.176	3.177	56.871						

b) La deuxième extraction a été forcée à quatre facteurs selon l'observation du graphique des valeurs propres. D'un point de vue théorique, les quatre dimensions extraites devraient s'affilier aux dimensions suivantes pour préserver une cohérence avec les recherches scientifiques consultées : aspects scolaires – aspects émotionnels – aspects comportementaux - aspects relationnels.

Tableau 49. *Variance totale expliquée après extraction de 4 facteurs (2^{ème} échantillon)*

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	12.220	38.188	38.188	12.220	38.188	38.188	6.799	21.247	21.247
2	3.205	10.014	48.202	3.205	10.014	48.202	5.801	18.128	39.374
3	2.055	6.423	54.626	2.055	6.423	54.626	3.732	11.663	51.037
4	1.446	4.518	59.144	1.446	4.518	59.144	2.594	8.107	59.144
5	1.049	3.279	62.423						

c) La troisième extraction a été forcée à deux facteurs. Sur la base de la théorie relative aux troubles émotionnels et comportementaux, le premier facteur regrouperait les aspects scolaires et le deuxième facteur engloberait tous les items liés aux aspects émotionnels, comportementaux et relationnels. L'hypothèse des deux facteurs se justifie en raison de la comorbidité existante durant cette période développementale et objectivée par la recherche (voir 2.1.5.). Les publications consultées montrent que les symptômes des troubles émotionnels et comportementaux se recoupent fortement entre eux.

Tableau 50. *Variance totale expliquée après extraction de 2 facteurs (2^{ème} échantillon)*

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	12.634	34.147	34.147	12.634	34.147	34.147	8.030	21.702	21.702
2	3.349	9.052	43.199	3.349	9.052	43.199	7.954	21.498	43.199
3	2.249	6.078	49.277						
4	1.634	4.417	53.694						
5	1.176	3.177	56.871						

La rotation orthogonale "Varimax" a été réalisée pour chacun des postulats en parallèle avec les analyses de fiabilité afin de définir la meilleure combinaison. Les critères motivant la décision allient les fondements théoriques des troubles émotionnels et comportementaux à des preuves empiriques acceptables. Plusieurs rotations et analyses de fiabilité pour chaque proposition ont été nécessaires afin de trouver le modèle possédant les résultats statistiques les plus satisfaisants tout en préservant les contraintes théoriques. Il a finalement été décidé de garder un questionnaire à deux facteurs et à 29 items. L'analyse des composantes et la rotation Varimax sont effectuées à trois reprises jusqu'à l'obtention d'une répartition conforme aux critères statistiques et aux aspects théoriques :

- a) Première rotation : l'échantillon de la Grille d'Observation étant de 355, les recommandations de Hair (2010) sont appliquées, soit que pour un échantillon de plus de 300, il faut retenir les items qui corréleront à plus de .298. Les items avec des valeurs absolues inférieures à 0.3 sont éliminés. Les items 37 et 17 sont retirés du questionnaire.

Tableau 51. Matrice des composantes après première rotation des 2 facteurs (2^{ème} échantillon)

		Composantes	
		1	2
28	L'enfant est lent dans ses apprentissages	.773	
3	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, ...)	.772	
30	L'enfant a des difficultés de mémorisation	.764	
9	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou un apprentissage	.720	.362
35	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire	.675	.437
18	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages	.632	.528
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.598	.316
31	L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées	.593	
12	L'enfant est désorganisé dans son travail	.588	.574
23	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif	.579	.389
32	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite	.579	
7	L'enfant manifeste des sentiments de gêne apparents, il est facilement embarrassé	.576	
5	L'enfant est capable de prendre des décisions	.552	
16	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge	.537	
33	L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive	.486	
19	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait	.456	
8	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge	.434	
4	L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte	.377	
37	En classe et dans la cour de récréation, l'enfant recherche la compagnie des autres enfants		
17	L'enfant préfère être avec des enfants plus jeunes		
22	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades		.834
6	L'enfant est irritable		.804
10	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place)		.723
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis		.709
15	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs		.699
26	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe		.646
34	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires	.427	.602
21	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée		.601
11	L'enfant est triste, malheureux	.411	.596
14	L'enfant est accablé	.472	.590
29	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres		.556
27	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance)	.402	.555
20	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement	.472	.526
36	L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire	.368	.484
25	L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire		.443
24	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes		.365
13	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe		.338

b) Deuxième rotation : selon les aspects théoriques, six items ne figurent pas dans le bon indicateur, il s'agit des items 36 – 25 – 31 – 4 – 7 – 33. Les items 36 et 25 ont leur charge dans la deuxième dimension alors qu'ils décrivent des difficultés scolaires. Les items 31 – 7 – 33 – 4 ont corrélé dans la première dimension, mais ils s'affilient davantage à des problèmes affectifs et émotionnels. Ces six items sont éliminés.

Tableau 52. *Matrice des composantes après seconde rotation des 2 facteurs (2^{ème} échantillon)*

		Composantes	
		1	2
22	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades	.834	
6	L'enfant est irritable	.805	
10	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place)	.718	
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis	.716	
15	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs	.702	
26	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe	.649	
34	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement	.607	.423
21	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée	.604	
11	L'enfant est triste malheureux	.603	.399
14	L'enfant est accablé	.595	.463
27	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance)	.558	.402
29	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres	.552	
20	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement	.527	.473
36	L'enfant oublie fréquemment son matériel et/ou ce qu'on lui dit de faire	.482	.369
25	L'enfant soigne la présentation de son travail scolaire	.445	
24	L'enfant exprime des peurs des craintes et des inquiétudes	.365	
13	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe	.335	
3	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture,...)		.781
28	L'enfant est lent dans ses apprentissages		.777
30	L'enfant a des difficultés de mémorisation		.772
9	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit	.364	.720
35	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire	.439	.674
18	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages	.526	.636
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.317	.599
12	L'enfant est désorganisé dans son travail	.575	.591
31	L'enfant a le regard vide, il est perdu dans ses pensées		.585
23	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif	.391	.580
32	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite		.577
7	L'enfant manifeste des sentiments de gêne apparents, il est facilement embarrassé		.568
16	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge		.545
5	L'enfant est capable de prendre des décisions		.545
33	L'enfant est timide et renfermé. Sa timidité est excessive		.475
19	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait		.459
8	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge		.439
4	L'enfant se sent à l'aise lorsqu'il doit parler avec l'adulte		.372

c) Troisième rotation : il reste 29 items, 15 dans l'indicateur "d'adaptation scolaire" et 14 dans l'indicateur "d'adaptation socio-émotionnelle et socio-comportementale". Les items restants sont soumis aux analyses de fiabilité.

Tableau 53. *Matrice des composantes après troisième rotation des 2 facteurs (2^{ème} échantillon)*

		Composantes	
		1	2

3	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage en lecture	.857	
28	L'enfant est lent dans ses apprentissages	.817	
30	L'enfant a des difficultés de mémorisation	.816	
9	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou un apprentissage	.767	.301
35	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire	.727	.362
18	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages	.720	.431
12	L'enfant est désorganisé dans son travail	.649	.498
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.645	
23	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif	.631	.315
32	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite	.618	
16	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge	.577	
20	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement	.560	.436
19	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait	.487	
5	L'enfant est capable de prendre des décisions	.483	
8	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge	.468	
22	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades		.825
6	L'enfant est irritable		.805
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis		.759
15	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs		.735
21	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée		.661
11	L'enfant est triste, malheureux	.356	.653
26	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe		.650
10	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place)		.636
34	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires	.434	.612
14	L'enfant est accablé	.462	.606
27	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance)	.402	.534
29	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres		.462
24	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes		.388
13	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe		.332

Il a finalement été décidé de garder un questionnaire à deux facteurs et à 29 items. La première dimension se dénomme "indicateur d'adaptation scolaire" et est composée de 15 items reliés aux difficultés scolaires et d'apprentissage. La seconde dimension regroupe 14 items apparentés aux difficultés sociales, émotionnelles et comportementales. Elle est donc appelée "indicateur d'adaptation socio-émotionnelle et socio-comportementale". Cette configuration du questionnaire est à confirmer par les analyses de fiabilité.

6.2.3. Analyse de la consistance et de la cohérence interne

Les résultats des analyses de consistance et de cohérence interne réalisées après la dernière analyse des composantes sont satisfaisants. Les alphas de Cronbach des deux facteurs sont de .927 et .885. Comme ils sont supérieurs à .75, les facteurs présentent une bonne homogénéité. A l'analyse des coefficients de discrimination, 12 des 15 items du premier indicateur et 11 des 14 items du second indicateur sont supérieurs à .5, ces items ont un bon pouvoir de discrimination. Les trois items restants de chaque dimension se situent

entre .3 et .5, leur capacité à discriminer est considérée comme modérée. Les alphas de Cronbach en cas de suppression de l'élément sont homogènes. Il n'est pas nécessaire de supprimer un item pour améliorer l'alpha de Cronbach général.

Tableau 54. Résultats de l'alpha de Cronbach et coefficient de discrimination (2^{ème} échantillon)

Indicateur scolaire			Indicateur socio-émotionnel		
Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
1	.635	.923	2	.655	.873
3	.808	.917	6	.693	.872
5	.425	.928	10	.571	.877
8	.362	.930	11	.655	.873
9	.774	.918	13	.365	.885
12	.739	.919	14	.698	.873
16	.532	.925	15	.648	.875
18	.787	.917	21	.622	.874
19	.473	.926	22	.691	.872
20	.650	.922	24	.368	.885
23	.667	.921	26	.617	.876
28	.770	.918	27	.620	.875
30	.720	.920	29	.383	.886
32	.597	.924	34	.683	.872
35	.775	.918	Nombres d'éléments		14
Nombres d'éléments		15	Alpha de Cronbach		.883
Alpha de Cronbach		.927			

Au vu des résultats des alphas de Cronbach et des coefficients de discrimination, il est possible d'affirmer que ces deux sous-échelles de la Grille d'Observation ont une consistance interne acceptable. Le split-half confirme ces résultats.

Tableau 55. Résultats du Split-half (2^{ème} échantillon)

Indicateurs	Nb. Items		Alpha de Cronbach	Corrélation entre partie 1 et 2	Corrélation après correction du Spearman Brown
Adaptation scolaire	Partie 1	8	.857	.886	.940
	Partie 2	7	.863		
Adaptation socio-émotionnelle et socio-comportementale	Partie 1	7	.863	.782	.878
	Partie 2	7	.715		

Les résultats du split-half sont considérés comme acceptables. Les valeurs du coefficient "Spearman-Brown" sont supérieures à .80. La cohérence interne est considérée comme convenable.

6.2.4. Version révisée du questionnaire

Cette dernière version de la Grille d'Observation est constituée de 29 items qui se répartissent dans deux dimensions. L'indicateur d'adaptation scolaire (1) contient 15 items liés aux aspects scolaires. L'indicateur d'adaptation socio-émotionnelle et socio-comportementale (2) est composé de 14 items en lien avec les aspects relationnels, émotionnels et comportementaux. Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'analyse factorielle après avoir forcé l'extraction des facteurs à deux composantes. En bas du tableau, figurent les règles des valeurs propres, la variance après rotation et l'alpha de Cronbach pour chaque indicateur. Dans SPSS, les fonctions "classement des variables par taille" et "supprimer les faibles coefficients" ont été sélectionnées. De ce fait, les valeurs absolues inférieures à 0.3 ne figurent pas dans le tableau.

Tableau 56. Questionnaire révisé

N°	contenu	(1) 15 items	(2) 14 items	Difficulté des Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Analyse qualitative des items
3	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage en lecture	.857		.33	.635	.923	✓
28	L'enfant est lent dans ses apprentissages	.817		.33	.770	.918	✓
30	L'enfant a des difficultés de mémorisation	.816		.26	.720	.920	✓
9	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou un apprentissage	.767	.301	.27	.774	.918	✓
35	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire	.727	.362	.38	.775	.918	✓
18	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages	.720	.431	.32	.787	.917	✓
12	L'enfant est désorganisé dans son travail	.649	.498	.28	.739	.919	✓
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.645		.20	.635	.923	✓
23	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif	.631	.315	.42	.667	.921	✓
32	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite	.618		.50	.597	.924	✓
16	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge	.577		.25	.532	.925	✓
20	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement	.560	.436	.47	.650	.922	✓
19	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait	.487		.18	.473	.926	✓
5	L'enfant est capable de prendre des décisions	.483		.25	.425	.928	✓
8	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge	.468		.81	.362	.930	✓
22	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades		.825	.15	.691	.872	✓
6	L'enfant est irritable		.805	.14	.693	.872	✓
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis		.759	.19	.655	.873	✓
15	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs		.735	.13	.648	.875	✓
21	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée		.661	.27	.622	.874	✓
11	L'enfant est triste, malheureux	.356	.653	.15	.655	.873	✓

Tableau 56 (suite).

N°	contenu	(1) 15 items	(2) 14 items	Difficulté des Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Analyse qualitative des items
26	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe		.650	.12	.617	.876	✓
10	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place)		.636	.20	.571	.877	✓
34	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires	.434	.612	.17	.623	.872	✓
14	L'enfant est accablé	.462	.606	.14	.698	.873	✓
27	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance)	.402	.534	.18	.620	.875	✓
29	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres		.462	.30	.383	.886	✓
24	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes		.388	.25	.368	.885	✓
13	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe		.332	.45	.365	.885	✓
	Eigenvalues (règles des valeurs propres)	8.030	7.954				
	% de la variance	21.702	21.498				
	Total de la variance expliquée		43.199				
	Alpha de Cronbach	.927	.885				

Lors de cette deuxième mise à l'essai, les analyses statistiques ont été effectuées sur un échantillon de 355 enfants. Après plusieurs analyses des composantes, la décision a été prise de ne conserver que 29 items répartis en deux dimensions. Cette configuration a l'avantage de mieux répondre aux exigences statistiques tout en préservant une cohérence théorique. Durant cette seconde mise à l'essai, une analyse qualitative rigoureuse a été effectuée, les items qui corrélaient dans le facteur inapproprié ont été systématiquement éliminés. Comme le font remarquer Field (2009) et Dancey et al. (2007), l'extraction des facteurs ne doit pas reposer uniquement sur des résultats statistiques mais également répondre à des considérations théoriques. La dimension d'adaptation scolaire est toujours présente, elle est composée des mêmes items que lors de la première passation à l'exception de deux items. L'item "l'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait" a migré de l'indicateur socio-émotionnel à l'indicateur scolaire lors de la deuxième mise à l'essai. Il a été estimé que la présence de cet item était plus appropriée dans l'indicateur scolaire. L'item "l'enfant soigne la présentation de son travail" qui était dans le facteur scolaire lors de la première mise à l'essai a été éliminé lors de la deuxième rotation "Varimax" car il corrélait avec les items liées aux caractéristiques socio-émotionnelles et socio-

comportementales. Il a été fait de même pour tous les items qui corrélaient dans la dimension inappropriée. Quatre items liés à des aspects plus socio-émotionnels ont aussi été éliminés car ils corrélaient dans la dimension scolaire. De ce fait, les deux autres dimensions (socio-affective et socio-comportementale) se sont réduites et ont été fondues en une seule dimension. Ces deux facteurs distinguent clairement les aspects scolaires des aspects émotionnels, comportementaux et sociaux. Les seuils à risque et de signalement sont établis sur cette nouvelle version de la Grille d'Observation.

6.3. Analyse de normalité pour l'établissement des seuils à risque et de signalement

Pour interpréter les scores de la Grille d'Observation, l'établissement du seuil à risque et du seuil de signalement est déterminé à partir de scores dérivés. Les analyses statistiques de normalité se réalisent à partir d'un échantillon normal afin de transformer les scores bruts en T-scores. La constitution du groupe normal et du groupe clinique de l'échantillon de 355 élèves se basent sur les scores totaux du Teacher Report Form (TRF) et les scores des quatre sous-échelles, à savoir : troubles internalisés – troubles externalisés – inattention – hyperactivité-impulsivité. Comme le TRF a des normes différentes pour les garçons et les filles, les profils obtenus ont été classés dans un tableau Excel par genre. Lorsque le score total ou le score d'une des dimensions susmentionnées est supérieur aux normes du TRF, l'enfant est considéré comme faisant partie du groupe clinique. Un groupe normal et un groupe clinique est déterminé pour chaque genre.

- Le groupe normal de la Grille d'Observation est composé d'un échantillon représentatif du public-cible, soit même âge, même genre, même niveau scolaire. Il est constitué de 122 garçons et 115 filles. Au total le groupe normal est composé de 237 élèves.
- Le groupe clinique est composé de 118 sujets, soit 68 garçons et 50 filles.

Le groupe normal est soumis aux analyses descriptives dans le but d'établir le seuil de normalité. Les groupes normaux et cliniques sont soumis à des analyses de corrélation dans le but d'évaluer la validité concordante de la Grille d'Observation.

6.3.1. Transformation des scores bruts en T-scores : garçons

Le résultat des analyses statistiques descriptives avant la transformation non linéaire montre que les données du groupe normal-garçons de la Grille d'Observation ne sont pas distri-

buées normalement. En effet, les résultats du Komogorov-Smirnov et le Shapiro-Wilk sont inférieurs à 0.05 et indiquent une déviation de la normalité (Field, 2009). La transformation non linéaire est donc nécessaire.

Tableau 57. *Analyse de normalité du groupe normal des garçons*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
Scores bruts	.114	122	.001	.964	122	.002

Dans SPSS, la transformation des scores bruts en scores-log10 se calcule automatiquement après avoir introduit la formule [lg10(scores bruts)] dans "calculer la variable". Les analyses descriptives sont effectuées à partir des scores-log10. Les tests de normalités montrent, cette fois-ci, une distribution normale avec des résultats du Komogorov-Smirnov et du Shapiro-Wilk supérieurs à 0.05.

Tableau 58. *Analyse de normalité du groupe normal des garçons après transformation logarithmique*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
Scores-log10	.078	122	.066	.984	122	.152

Les résultats des analyses statistiques descriptives avant et après la transformation non linéaire accompagnés des deux histogrammes figurent ci-après, sachant que la moyenne (1.6630) et l'écart-type (.08606) des scores-log10 sont nécessaires au calcul des T-scores.

Tableau 59. *Analyses descriptives du groupe normal des garçons*

		Scores bruts	Scores-log10
N	Valide	122	122
	Manquante	0	0
Moyenne		46.93	1.6630
Erreur std. de la moyenne		.857	.00779
Médiane		45.00	1.6532
Mode		43	1.63
Ecart-type		9.467	.08606
Variance		89.632	.007
Intervalle		42	.37

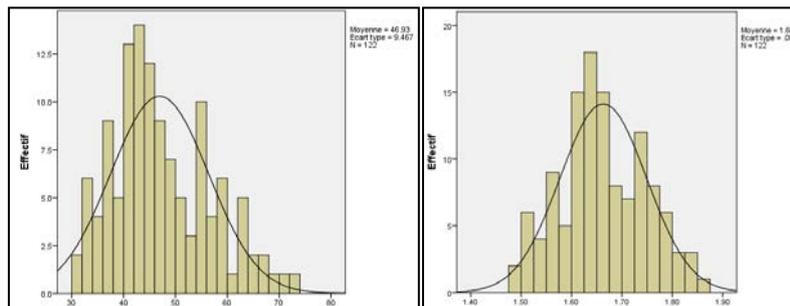


Figure 6. Histogrammes avec courbe de normalité avant et après transformation logarithmique du groupe normal des garçons

La totalité des T-scores se calcule dans Excel ; une fois tous les scores bruts introduits dans la première colonne, la formule log10 est appliquée à la seconde colonne. Tous les scores bruts sont alors transformés en scores log10. Les T-scores s'obtiennent dans la troisième colonne en appliquant la formule suivante : $[(\text{Scores-log10} - \text{moyenne})/\text{écart-type}]*10 + 50$.

Tableau 60. Transformation des scores bruts en T-scores des garçons

Scores bruts	Log scores	T scores	Moyenne	Ecart-type
29	1.46	27	1.663	0.08606
30	1.48	28		
31	1.49	30		
32	1.51	32		
33	1.52	33		
34	1.53	35		
35	1.54	36		
36	1.56	38		
37	1.57	39		

Le seuil à risque a été établi à partir d'un écart-type (+10) au-dessus de la moyenne (50). Quant au seuil de signalement, il a été instauré à deux écart-types (+20) au-dessus de la moyenne (50).

6.3.2. Transformation des scores bruts en T-scores : filles

Le résultat des analyses statistiques descriptives avant la transformation non linéaire montre des données du groupe normal-filles de la Grille d'Observation qui ne sont pas distribuées normalement. Les résultats du Komogorov-Smirnov et du Shapiro-Wilk sont inférieurs à .05. Il est donc nécessaire d'effectuer une transformation non linéaire.

Tableau 61. Analyse de normalité du groupe normal des filles

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
Scores bruts	.106	115	.003	.952	115	.000

Les analyses descriptives effectuées à partir des scores log10 montrent une distribution normale avec des résultats du Komogorov-Smirnov et du Shapiro-Wilk supérieurs à .05.

Tableau 62. Analyse de normalité du groupe normal des filles après transformation logarithmique

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
Scores-log10	.070	115	.200 [*]	.984	115	.187

Les résultats des analyses statistiques descriptives avant et après la transformation non linéaire accompagnés des deux histogrammes sont exposés ci-dessous. La moyenne (1.6630) et l'écart-type (.08606) des scores-log10 sont utilisés au calcul des T-scores.

Tableau 63. Analyses descriptives du groupe normal des filles

		Scores bruts	Scores-log10
N	Valide	115	115
	Manquante	0	0
Moyenne		44.41	1.6378
Erreur std. de la moyenne		.900	.00852
Médiane		43.00	1.6335
Mode		40 ^a	1.60 ^a
Ecart-type		9.655	.09133
Variance		93.226	.008
Intervalle		43	.39

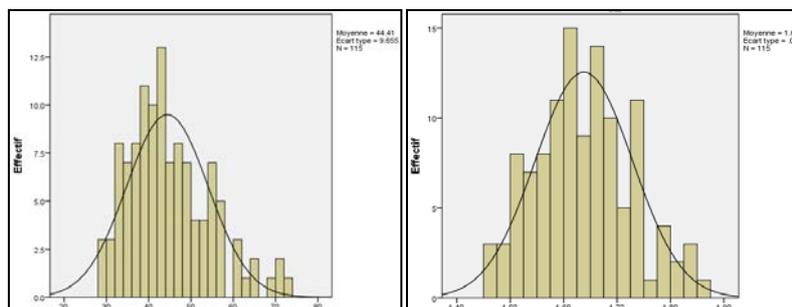


Figure 7. Histogrammes avec courbe de normalité avant et après transformation logarithmique du groupe normal des filles

Le seuil à risque a été établi à partir d'un écart-type (+10) au-dessus de la moyenne (50). Quant au seuil de signalement, il a été instauré à de deux écart-types (+20) au-dessus de la moyenne (50).

Tableau 64. Transformation des scores bruts en T-scores des filles

Scores- bruts	Scores-log10	T-scores	Moyenne	Ecart type
29	1.46	31	1.6378	.09133
30	1.48	32		
31	1.49	34		
32	1.51	35		
33	1.52	37		
34	1.53	38		
35	1.54	40		
36	1.56	41		
37	1.57	42		

Les différentes analyses descriptives pratiquées ont conduit à l'élaboration d'une table de conversion où chaque score brut a un équivalent T-score.

- Groupe garçons : le seuil à risque se situe à un score brut de 56 (T-score de 60) et le seuil de signalement à un score brut de 68 (T-score de 70).
- Groupe fille : le seuil à risque se situe à un score brut de 54 (T-score de 60) et le seuil de signalement à un score brut de 66 (T-score de 70).

L'adéquation des seuils à risque et de signalement est vérifiée grâce à l'analyse de la validité concordante.

6.4. Analyse de corrélation entre la Grille d'Observation et le Teacher Report Form

Les deux groupes cliniques sont soumis aux tests de normalité afin de savoir s'il faut recourir au coefficient de corrélation de Pearson ou de Spearman. La distribution normale des groupes normaux a déjà été vérifiée précédemment.

Tableau 65. Analyse de normalité du groupe clinique des garçons et des filles

Groupe clinique-garçons	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
T-Scores GO	.144	66	.002	.944	66	.005
T-Scores TRF	.124	66	.013	.966	66	.067
Groupe clinique-filles	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
T-Scores GO	.118	50	.082	.967	50	.172
T-Scores TRF	.117	50	.084	.974	50	.333

Les résultats montrent que pour les deux groupes normaux et le groupe clinique-filles, il convient d'effectuer l'analyse de corrélation avec le coefficient de Pearson puisque ces trois groupes remplissent les critères de normalité. Par contre, le groupe clinique-garçons a des résultats inférieurs à .05 qui dévient de la normalité. L'analyse de corrélation se réalise avec le coefficient de Spearman. Les corrélations sont conduites de manière unilatérale car on admet que les deux instruments d'évaluation vont corrélés entre eux.

Tableau 66. Analyse de corrélation entre les T-scores de la Grille d'Observation et ceux du TRF

Groupe normal-garçons : N 122			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Corrélation de Pearson	r	1	.748**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Corrélation de Pearson	r	.748**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	
Groupe clinique-garçons : N 68			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Coefficient de corrélation (Rho de Spearman)	r	1	.681**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Coefficient de corrélation (Rho de Spearman)	r	.681**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	
Groupe normal filles : N 115			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Corrélation de Pearson	r	1	.618**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Corrélation de Pearson	r	.618**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	
Groupe clinique filles : N 50			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Corrélation de Pearson	r	1	.785**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Corrélation de Pearson	r	.785**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	

Note : La corrélation est significative au niveau 0.01 (unilatéral).

Les résultats montrent que toutes les corrélations sont significatives avec p inférieur à .001. Pour chaque groupe, il y a une forte corrélation entre les T-scores du TRF et ceux de la

Grille d'Observation ($r = .748, .681, .618, .785$; $p < .001$). Les deux instruments mesurent le même construit. Il faut toutefois considérer ces résultats avec précaution car les scores du TRF ont servi à constituer les groupes normaux et les groupes cliniques pour établir les T-scores de la Grille d'Observation. Il va s'en dire que la mesure de la relation entre les deux outils est forcément influencée par les opérations statistiques effectuées pour établir les seuils à risque et de signalement. Pour obtenir des résultats de corrélation objectifs, des analyses avec de données indépendantes s'avèrent indispensables. L'évaluation de la validité concordante à partir de ces tests indique une corrélation entre les deux instruments mais ne garantit pas les qualités psychométriques requises.

7. PROTOTYPE DE LA GRILLE D'OBSERVATION

Les résultats empiriques obtenus dans le cadre de cette thèse contribuent à l'édification d'un outil de dépistage. Pour parvenir à ce prototype, les données ont été soumises à deux reprises à une mise à l'essai des items. Les qualités psychométriques évaluées sont la consistance interne (Alpha de Cronbach et split-half) et la validité concordante (corrélation entre la Grille d'Observation et le Teacher Report Form). La création du cahier de passation⁹ se base sur l'agencement des données théoriques et statistiques. Il se compose de cinq parties distinctes : les données personnelles de l'enfant, le questionnaire de l'outil de dépistage, la transcription des résultats, l'interprétation des résultats et des propositions d'interventions aux trois niveaux de prévention.

7.1. Les données personnelles de l'enfant

Les données personnelles de l'enfant sont sélectionnées dans le but de fournir une brève description de la situation familiale et scolaire de l'élève (Achenbach et Rescorla, 2001). La première partie des données sociodémographiques sont les informations générales de l'enfant : nom – prénom – date de naissance – nationalité – niveau scolaire - redoublement. La seconde partie des données informe sur les conditions de vie familiales. La psychopathologie développementale contextualise les troubles émotionnels et comportementaux tant dans le processus développemental que dans l'environnement de l'enfant. Le changement de la structure familiale (divorce, deuil, concubinage ou remariage d'un parent) peut fragiliser de manière ponctuelle ou continue l'état émotionnel de l'enfant (Cohen et al., 1997). En général, la situation familiale a une implication directe sur l'endroit de résidence de l'enfant. Le sentiment de sécurité de l'enfant peut se trouver précariser ou perturber selon où il vit. Une fratrie nombreuse dans un milieu social précaire est un facteur de risque qui favorise l'émergence de troubles comportementaux (Garmezzy et Masten, 1994). La profession des deux parents informe sur le niveau socio-économique de la famille, sachant que la précarité financière peut contribuer au développement ou à la péjoration des troubles (Mooij et Smeets, 2009 ; Terrisse et al., 2001). La troisième partie des données renseigne sur les prises en charge éducatives et thérapeutiques dont bénéficieraient déjà l'enfant et qui pour-

⁹ Le cahier de passation de la Grille d'Observation figure dans l'annexe 1.

raient être un facteur explicatif de la présence, de l'apparition ou de la perdurance d'un trouble.

7.2. Questionnaire de la Grille d'Observation

Cette partie est composée de deux questionnaires. Le premier est constitué des items les plus performants des deux mises à l'essai. Les items de cette dernière version sont répartis aléatoirement dans le questionnaire à l'aide de la fonction ALEA ("=alea()") dans Excel. Le deuxième questionnaire est composé de trois items représentant des comportements extrêmes, à savoir : "L'enfant menace/a menacé de se suicider", "l'enfant s'auto-agresse et/ou s'automutile (se scarifie, se griffe, se coupe, s'arrache les cheveux ou les cils)", "L'enfant consomme des produits toxiques, des drogues ou de l'alcool". Lors de la première passation, ces trois items n'ont jamais été cotés par les enseignants. Ils ont tout de même été inclus dans la Grille d'Observation car ils représentent des comportements traduisant un trouble sévère. Lorsqu'ils se manifestent chez l'enfant, ils nécessitent une prise en charge rapide. Ces trois items ne sont pas évalués sur une échelle de Lickert, ils requièrent juste un acquiescement lorsqu'ils sont observés chez l'enfant et nécessitent un signalement dans les plus brefs délais aux parents et en psychologie scolaire. Ils se caractérisent tous trois par une volonté délibérée de se nuire à soi-même dans des situations de stress intense, de rejet par les pairs, de victimisation ou de problèmes familiaux (Harrington, 2001). Les premières tentatives de suicides sont relatées déjà à partir de cinq ans (van Orden et al., 2008) et les premiers suicides réussis à partir de neuf à dix ans (Messerschmitt et Legrain, 2000). Les automutilations sont considérées comme des signes avant-coureurs de la tentative de suicide ou du suicide chez les enfants et les adolescents (Harrington, 2001). Même si la consommation de drogue survient plutôt après la puberté, tant les troubles émotionnels (dépression) que les troubles comportementaux peuvent conduire à la consommation de substances illicites (Costello et Angold, 2006). Ces comportements peuvent déjà faire leur apparition dans l'enfance, ils traduisent un trouble mental sévère. Ce deuxième questionnaire ne rentre pas dans la transcription et l'interprétation des résultats.

7.3. Transcription et interprétation des résultats du questionnaire

La Grille d'Observation dans sa dernière version est composée de 15 items (7 items inversés) qui décrivent des comportements observables liés à des difficultés ou des habiletés

scolaires, ainsi que 14 items (1 item inversés) en lien avec des difficultés ou des habilités émotionnelles, comportementales et sociales. Les 29 questions sont cotées à partir d'une échelle de Lickert à quatre niveaux de réponse (1 à 4). Pour obtenir un score total brut, les résultats de chaque indicateur sont additionnés afin de parvenir à deux sous-totaux qui sont, à leur tour, additionnés. Le score total brut peut varier de 29 à 116. Il est à reporter dans un nouveau tableau afin d'être transformé en T-score dans le but de permettre l'interprétation du résultat final.

Le score brut total est interprété, contrairement aux deux sous-échelles qui ne sont pas sujettes à interprétation. Contrairement à un inventaire de comportements conçus pour poser un diagnostic spécifique, la Grille d'Observation est un outil de dépistage servant à identifier des troubles émotionnels et comportementaux, les sous-échelles ont donc une moindre importance. Leur interprétation devrait permettre de cibler dans quelle dimension se situent majoritairement les difficultés afin de mettre en place les soutiens nécessaires. Dans le cas de la Grille d'Observation, cette option perd de son sens vu qu'il n'y a plus que deux indicateurs. Étant donné que les problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux sont regroupés dans une seule dimension, le fait de savoir que les difficultés sont plus présentes dans cet indicateur plutôt que dans l'indicateur d'adaptation scolaire revêt peu d'intérêt. D'autre part, la symptomatologie des troubles émotionnels et comportementaux souffrant d'une importante comorbidité, il est très difficile d'identifier un trouble spécifique à l'aide d'un outil de dépistage (Dowdy, Furlong, Eklund, Sacki et Ritchey, 2010). Pour ces auteurs, l'instrument de dépistage idéal doit mettre en évidence une inadaptation générale qui traduit des problèmes émotionnels et comportementaux plutôt que d'identifier des troubles internalisés ou externalisés spécifiques.

Une fois le score brut calculé, il est transformé en T-score. Cette interprétation est conçue à partir du modèle pyramidal des soutiens pour les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux (2.3.1.). Ce modèle propose de lier les procédures de dépistage aux interventions à apporter selon les trois niveaux de prévention. La prévention primaire concerne le 80% des élèves qui ne présentent pas de troubles, les T-scores se situent entre 27 et 59. La prévention secondaire est prévue pour le 15% des élèves à risque de développer des troubles émotionnels et comportementaux. Les T-scores du seuil à risque se situent entre 60 et 69. La prévention tertiaire touche le 5% des élèves qui présentent des troubles émotionnels et comportementaux. Les T-scores du seuil de signalement se situent entre 70 et 97. Une fois le T-score établi et les besoins en prévention identifiés, il est nécessaire de se référer

rer à la dernière section de la Grille d'Observation pour connaître les différentes interventions pouvant être proposées aux élèves.

7.4. Propositions d'interventions aux trois niveaux de prévention

Pour des raisons éthiques, le dépistage des troubles émotionnels et comportementaux n'est envisagé que si des ressources et des interventions efficaces sont à disposition pour répondre aux besoins des élèves en souffrance. Pour ce faire, la dernière section de la Grille d'Observation propose des évaluations complémentaires et des interventions préventives aux trois niveaux de prévention en lien avec le T-score obtenu par l'élève testé. Dans le cadre de la prévention primaire et secondaire, la mise en place d'interventions universelles et ciblées sont considérées comme une maximalisation des facteurs de protection scolaires connus pour favoriser la réussite scolaire et une trajectoire développementale positive. La prévention tertiaire vise à guérir les troubles déjà installés par une prise en charge thérapeutique individualisée. Ces mesures sont tirées du modèle pyramidal des soutiens de Merrell (2008a). Elles sont complétées par des propositions d'interventions éprouvées scientifiquement issues de la littérature scientifique sur le dépistage et la prévention précoce (2.3.1.).

8. DISCUSSION SUR L'ÉDIFICATION D'UN OUTIL DE DÉPISTAGE À L'INTENTION DES ENSEIGNANTS

L'appréciation du prototype de la Grille d'Observation implique de respecter certaines considérations en réponse aux objectifs posés en début de travail, à savoir : édifier un outil de dépistage, identifier les caractéristiques des troubles émotionnels et comportementaux durant l'enfance, définir les conditions nécessaires à l'implantation d'un outil de dépistage dans les écoles. Pour ce faire, l'évaluation de la procédure d'édification s'appuie sur des fondements théoriques en vue de circonscrire le construit de l'instrument de dépistage et sur des principes empiriques adaptés à son utilisation (Glover et Albers, 2007). Les caractéristiques techniques répondent aux exigences méthodologiques et sont en adéquation avec la population visée et le contexte d'utilisation (American Educational Research Association, 1999 ; Anastasi, 1994 ; Lane et al., 2009). L'implantation de la Grille d'Observation doit correspondre aux besoins du public-cible et être compatible avec les infrastructures déjà en place sur le terrain (American Educational Research Association, 1999 ; Glover et Albers, 2007). L'interprétation des résultats et l'évaluation de la démarche d'édification sont débattues à la lumière des concepts théoriques en psychopathologie développementale et en psychométrie, des résultats de recherche concernant d'autres instruments identifiant le même construit. Une exploration des mesures de soutien disponibles actuellement dans le canton de Fribourg et en Suisse romande termine la discussion. Les apports et les limites du prototype de la Grille d'Observation sont discutés à partir des résultats statistiques obtenus.

8.1. Apports et limites liés à l'édification de la Grille d'Observation

L'édification de la Grille d'Observation est le résultat d'une procédure scientifique composée de dix étapes. Les sept premières étapes (du cadre théorique à la révision de l'outil de dépistage) ont abouti à un prototype d'outil de dépistage des troubles émotionnels et comportementaux à l'intention des enseignants. Les trois dernières étapes (de la validation à la compilation du manuel de passation) ont été amorcées mais elles nécessitent d'être reproduites dans différentes conditions avant que la Grille d'Observation n'acquière toute son efficacité et qu'une version finale puisse être proposée aux utilisateurs.

L'apport principal de la Grille d'Observation est son ancrage théorique dans la psychopathologie développementale. Ce courant contextualise les troubles émotionnels et comportementaux dans une approche multidimensionnelle qui favorise l'intervention et l'apport de soutiens auprès de l'enfant, de son environnement familial et scolaire (Cummings et al, 2000). La Grille d'Observation s'inscrit dans le modèle pyramidal des soutiens des troubles émotionnels et comportementaux (Merrell, 2008a). Dans cette perspective, elle possède les fonctions d'outil de dépistage afin de proposer des mesures préventives et d'échelle d'évaluation pour un signalement en psychologie scolaire. Une fois les scores établis, des interventions aux trois niveaux de prévention, associées à des procédures d'évaluation complémentaires, sont proposées aux enseignants. Les considérations éthiques qui recommandent la mise à disposition d'interventions ciblées et d'un service de psychologie sont respectées (Chafouleas et al., 2010 ; Dowdy et al., 2010 ; Lane et al., 2012 ; Levitt et al., 2007 ; Purper-Ouakil et Bailly, 2002). Grâce à l'implantation d'un outil de dépistage et d'interventions ciblées, tous les élèves bénéficient des mesures de prévention, même ceux en souffrance qui ne sont, habituellement, pas identifiés. L'établissement d'un seuil à risque et d'un seuil de signalement permet de distinguer les élèves ayant des besoins préventifs de ceux nécessitant une prise en charge thérapeutique. La transformation des scores bruts en scores dérivés favorise la comparaison entre les T-scores de la Grille d'Observation et ceux d'inventaires de comportement mesurant le même construit. Ces instruments étant issus du champ théorique de la psychopathologie développementale, l'étape de validation se trouve facilitée.

L'étape de standardisation d'un outil de dépistage consiste à uniformiser la procédure d'administration et l'interprétation des scores à partir d'un échantillon normatif. Le manuel et le cahier de passation de la Grille d'Observation contiennent les éléments essentiels à cette standardisation telle que la description du matériel à utiliser, la durée de passation, l'interprétation des scores et les consignes d'utilisation de l'outil de dépistage (Anastasi, 1994). Une des limites de la démarche d'édification est que l'applicabilité de la procédure d'administration et de ses consignes n'a pas été évaluée. Il importe de le faire lors des prochaines répliques de la Grille d'Observation à l'aide d'un questionnaire spécifique complété par l'enseignant-utilisateur. Comme la validation exige de nombreuses répliques avec différents échantillons de population cible, le manuel et les documents d'accompagnement de la Grille d'Observation requièrent aussi des réévaluations régulières. Afin d'adapter les données et le contenu aux derniers résultats de recherches sur les troubles émotionnels et comportementaux (American Educational Research Association, 1999), une révision régulière de l'outil de dépistage est recommandée. Cette démarche a pour but d'actualiser l'applicabilité des conditions de passation et des normes.

L'élaboration des normes constitue une étape importante du processus de standardisation (Anastasi, 1994). Les scores des seuils à risque et de signalement sont le résultat d'une procédure statistique effectuée sur un échantillon normal de 237 sujets (122 garçons et 115 filles). La taille de l'échantillon par genre est légèrement supérieure à 100, limite à l'applicabilité des normes (American Educational Research Association, 1999). Cet échantillon a le désavantage d'être constitué uniquement d'élèves du canton de Fribourg. Par conséquent, les seuils à risque et de signalement sont considérés comme des normes locales. De ce fait, elles ont le désavantage d'être moins stables que si elles avaient été élaborées avec un échantillon national ne dépendant pas des caractéristiques de la population locale (Salvia, Ysseldyke et Bolt, 2013). Il faut toutefois admettre qu'en Suisse, un échantillon national se réduit à la portion congrue de la population scolaire francophone. La diversité des élèves en Suisse romande se situe davantage entre une population rurale et citadine. Le canton de Fribourg étant considéré comme un canton plutôt campagnard, les normes de la Grille d'Observation méritent d'être expérimentées auprès d'un échantillon urbain formé d'élèves genevois ou lausannois par exemple.

Tout au long du processus de développement de la Grille d'Observation, les informations recueillies et les résultats obtenus fournissent les éléments relatifs à ses caractéristiques psychométriques. Dans le cadre de ce travail de thèse, la validation de l'outil de dépistage est limitée aux analyses de fidélité et de validité qui ne requièrent pas de nouvelle passation.

8.2. Interprétation des résultats empiriques

Lors de la première mise à l'essai des items, le nombre d'items du questionnaire est passé de 84 à 37. L'analyse des composantes principales a réparti les items en trois dimensions qui correspondent aux manifestations des troubles émotionnels et comportementaux en classe, à savoir : les inadaptations scolaires, les inadaptations socio-émotionnelles et socio-comportementales. Les alphas de Cronbach se situent entre .944 et .845 et les Split-half entre .915 et .852. Ils sont considérés comme bons. L'échantillon de 124 élèves peut être une limite car considéré comme relativement petit. Dans la littérature scientifique sur la fidélité des tests, la taille minimale d'un échantillon est sujette à discussion en raison de la difficulté à récolter des données suffisamment importantes. Kline (1986) estime que la taille minimale pour obtenir un Alpha de Cronbach précis est un échantillon de 300. Une faible taille de l'échantillon peut donner des coefficients alpha instables (Charter, 2003). Une méta-analyse faite à partir de 832 articles analysant les éléments (type d'échelles, types d'échantillons)

ayant une influence sur l'alpha de Cronbach démontre que la taille de l'échantillon n'a qu'un effet modéré sur le coefficient alpha (Peterson, 1994). Par contre, elle met en évidence que l'alpha de Cronbach tend à augmenter pour 493 échelles en cours de développement lorsque les items sont éliminés. Field (2009) conseille donc de ne garder que les items qui ont une corrélation supérieure à .4, voire .5, lorsque l'échantillon est inférieur à 300. De ce fait, lors de cette mise à l'essai, les items qui corrélaient à moins de .45 ont été éliminés.

Durant la seconde mise à l'essai, 8 items sont éliminés et l'option à deux facteurs est privilégiée. L'indicateur d'adaptation scolaire demeure pratiquement inchangé tandis qu'un deuxième indicateur s'est constitué à partir des comportements associés au déficit social, aux troubles internalisés et externalisés. Les résultats de la consistance et de la cohérence interne sont considérés comme bons car ils sont toujours supérieurs à .8. L'alpha de Cronbach et le Split-half sont restés stables malgré un échantillon supérieur à 300 et l'élimination de plusieurs items. Le passage de trois dimensions à deux se justifie d'un point de vue statistique et théorique. Premièrement, les résultats statistiques de l'alpha de Cronbach se sont révélés significativement meilleurs avec deux dimensions plutôt que trois. Deuxièmement, les aspects théoriques des troubles émotionnels et comportementaux montrent que durant l'enfance les manifestations des troubles internalisés et celles des troubles externalisés tendent à se recouper entre elles (Abella et Manzano, 2006 ; Costello et Angold, 2006 ; Dumas, 2007). Une grande comorbidité des troubles émotionnels et comportementaux durant la période développementale de 6 à 12 ans peut expliquer la fusion des dimensions externalisée et internalisée.

L'évaluation des qualités psychométriques est essentielle à la validation d'un outil de dépistage. Pour prétendre à une efficacité optimale, la Grille d'Observation gagne à être répliquée à plusieurs reprises afin d'évaluer sa fiabilité et sa validité. Pour l'instant, elle est au stade de prototype. Le tableau 67 synthétise les qualités psychométriques indispensables (première colonne) à la validation de la Grille d'Observation sur la base des recommandations décrites (Glovers et Albers, 2007 ; Lane et al., 2009 ; Levitt et al., 2007) dans les principes psychométriques (voir 3.6.). Les tests statistiques correspondant aux caractéristiques métrologiques figurent dans la deuxième colonne. Les résultats disponibles à la fin de ce travail de thèse sont inscrits dans la troisième colonne. Dans la quatrième colonne sont mentionnés les tests à réaliser lors des répliquations ultérieures.

Tableau 67. *Qualités psychométriques du questionnaire de la Grille d'Observation*

Qualités psychométriques	Tests statistiques	Résultats de la Grille d'Observation obtenus lors de la deuxième passation	Tests à réaliser lors des réplifications ultérieures
1. Consistance interne et cohérence interne	• Coefficient de consistance interne (Alpha de Cronbach)	Alpha de Cronbach • Indicateur I : .927 • Indicateur II : .885	
	• Coefficient de cohérence interne (Split-half)	Spearman-Brown • Indicateur I : .940 • Indicateur II : .878	
2. Fidélité test-retest (stabilité/temporelle)	<ul style="list-style-type: none"> • corrélation des scores lors des deux passations • Coefficient de confiance (passation < à 2 mois) • Coefficient de stabilité (passation > à 2 mois) 		<ul style="list-style-type: none"> • Coefficient de confiance (passation < à 2 mois)
3. Validité concordante	<ul style="list-style-type: none"> • Corrélation de Pearson avec le "TRF" ou autre instrument mesurant le même construit 	Corrélation de Pearson et de Spearman <ul style="list-style-type: none"> • Groupe normal garçons : $r = .748$ • Groupe clinique garçons : $r = .681$ • Groupe normal filles : $r = .618$ • Groupe clinique filles : $r = .785$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrélation de Pearson avec le "TRF" ou autre instrument mesurant le même construit
4. Validité prédictive	<ul style="list-style-type: none"> • Corrélation de Pearson avec le "TRF" ou autre instrument mesurant le même construit (passation > à 6 mois, voire 1 année) 		<ul style="list-style-type: none"> • Corrélation de Pearson avec le "TRF" ou diagnostic clinique (prise en charge thérapeutique par un psychologue scolaire ou un pédopsychiatre)
5. Sensibilité et spécificité	<ul style="list-style-type: none"> • Courbe ROC 		<ul style="list-style-type: none"> • Courbe ROC avec le "TRF" ou autre instrument mesurant le même construit
6. Validité de construit	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse factorielle confirmatoire 		<ul style="list-style-type: none"> • Analyse factorielle confirmatoire

Les qualités psychométriques de la Grille d'Observation sont analysées au regard des aspects théoriques sur la validation d'un outil de dépistage et des études mises en exergue dans la revue systématique de la recherche. Pour l'instant, la fidélité de cet outil de dépistage se limite à l'analyse de la cohérence et de la consistance interne entre items qui est réalisée à l'aide de l'alpha de Cronbach et du split-half. Les résultats de ces deux coefficients sont supérieurs à .8 et sont considérés comme bons. Il existe donc une homogénéité et une cohérence interne satisfaisante entre les items qui constituent chaque dimension de la Grille d'Observation. L'analyse des coefficients de discrimination a également montré des résultats satisfaisants (> .8) qui ne justifiaient pas l'élimination d'items supplémentaires. Les alphas de Cronbach du "Strengths and Difficulties Questionnaire" de l'enseignant se situent entre .70 et

.88 dans la version anglaise (SDQ-T, Goodman, 2001) et entre .64 et .87 dans la version française, (Capron et al., 2007). Le "Early Childhood Inventory-4" a des alphas de Cronbach pour le questionnaire de l'enseignant de .84 à .93, à l'exception de la sous-échelle de dépression qui a des alphas de Cronbach plus bas de .42 à .54 (ECI-4-T, Sprakfin et al. 2002). Le "Devereux Student Strengths Assessment" a des alphas de Cronbach de .87 à .93 (DSSA-T, Nickerson et Fishman, 2009). Les résultats de la Grille d'Observation sont similaires à ceux du ECI-T et DSSA-T qui possèdent un nombre d'items beaucoup plus importants (94 pour le premier et 72 pour le second). Le SDQ-T a des résultats légèrement plus bas alors qu'il possède quatre items de moins que la Grille d'Observation. Sachant que le nombre d'items a une influence sur le résultat des alphas de Cronbach, il convient de vérifier si la cohérence interne de la Grille d'Observation se stabilise entre .8 et .9 lors de la prochaine passation. La fidélité test-retest qui évalue la stabilité temporelle du questionnaire nécessite un nouvel échantillon car ce dernier doit être complété à deux reprises dans l'espace de quatre et six semaines. Les troubles émotionnels et comportementaux sont considérés comme des traits ou des états transitoires, le temps entre les deux passations doit être réduit à moins de deux mois (Goodman, 2001 ; Valerand et al., 2004). Les test-retests du SDQ-T ont mis en évidence que les résultats de la version anglaise, effectués après 4 à 6 mois, ont montré des résultats légèrement inférieurs à ceux de la version française réalisés après 6 semaines seulement (Capron et al., 2007 ; Goodman, 2001).

La validité concordante a été réalisée entre la Grille d'Observation et le Teacher Report Form (TRF, Aschenbach et Rescola, 2001). Les résultats sont supérieurs à .618, ils montrent donc une forte corrélation entre les deux questionnaires. Ces résultats sont à confirmer avec un échantillon indépendant de la mise à l'essai des items et de l'établissement des seuils à risque et de signalement. Il est recommandé de distinguer l'échantillon de l'analyse des items de celui utilisé pour vérifier la validité concordante. Les T-scores du TRF ayant servi à établir les groupes normaux et les groupes clinique de la Grille d'Observation, les deux instruments ont ainsi une grande probabilité de corrélérer entre eux. Pour confirmer une bonne validité concordante, il convient de refaire cette analyse avec un échantillon neutre. La validité prédictive n'a pas été effectuée car elle requière également une seconde passation. Cette validité joue un rôle important lorsque l'instrument d'évaluation sert à identifier les enfants à troubles comportementaux susceptibles de suivre des programmes de prévention (Bagner et al., 2006). Dans cette situation, un groupe d'enfants est évalué à l'aide de l'outil de dépistage et les scores (le prédicteur) sont conservés durant un laps de temps (quatre, six mois, voire plus). Au temps voulu, des nouveaux scores (le critère) sont établis chez les mêmes enfants soit avec le même instrument d'évaluation, soit avec un autre type de mesure (p. ex., autre

échelle qui évalue le même construit). La validité prédictive est considérée comme élevée lorsqu'une corrélation est démontrée entre le prédicteur et le critère.

Afin de compléter la validation d'un instrument de dépistage, il est recommandé d'analyser sa spécificité et sa sensibilité. Le but de l'outil de dépistage est d'identifier des enfants susceptibles de présenter des troubles émotionnels et comportementaux. De ce fait, il doit posséder une bonne sensibilité, soit la capacité d'identifier les vrais positifs (la part d'enfants dépistés comme ayant le trouble), ainsi qu'une bonne spécificité, soit la capacité d'identifier les vrais négatifs (la part d'enfants dépistés comme n'ayant pas de trouble) (Frick et al., 2010). La spécificité et la sensibilité sont évaluées grâce à la courbe ROC (Receiver Operator Characteristic) qui est la représentation graphique de la relation existante entre la sensibilité et la spécificité d'un test calculée pour toutes les valeurs seuils possibles (Delacour, Servonnet, Perrot, Vigezzi et Ramirez, 2005). Ce test se réalise à l'aide d'un logiciel spécifique, p. ex. Medcalc® software. Ces analyses de sensibilité et de spécificité permettent de vérifier l'efficacité des seuils à risque et de signalement, il convient de les pratiquer sur un nouvel échantillon lors de la prochaine réplication.

L'étude de la validité de construit consiste à vérifier que tous les aspects théoriques liés au concept des troubles émotionnels et comportementaux sont opérationnalisés correctement et visibles statistiquement. Il s'agit de « toutes les données qui viennent éclairer la nature du trait étudié ou les conditions qui influencent son développement et ses manifestations deviennent autant de preuves pertinentes dans ce processus de validation » (Anastasi, 1994, p. 147). La validité de construit de la Grille d'Observation a déjà été partiellement établie au cours de ce travail de thèse grâce à la première expérimentation du questionnaire par dix professionnels de l'entourage du concepteur, ainsi que lors des deux mises à l'essai des items. Les analyses factorielles réalisées pour définir la forme finale du questionnaire confirment déjà en partie la validité de construit. Pour aller plus loin, « l'analyse factorielle confirmatoire est particulièrement utile pour confirmer dans le cadre d'une seconde étude une structure factorielle déjà obtenue dans une première étude » (Vallerand et al., 2004, p. 273). Elle se réalise dans le prolongement de l'analyse factorielle exploratoire.

8.3. Implantation de la Grille d'Observation sur le terrain

Plusieurs critères sont à évaluer avant d'implanter la Grille d'Observation dans les écoles. Même si un outil de dépistage possède les qualités techniques indispensables à l'identification des troubles émotionnels et comportementaux, il est nécessaire d'évaluer la

faisabilité de son implantation sur le terrain. Comme il l'a déjà été mentionné certaines considérations éthiques doivent figurer aux conditions de mise en place d'un tel instrument. Pour commencer, il importe de mettre à disposition une procédure de dépistage conçue en partenariat avec tous les intervenants, cette dernière garantit le respect des droits des enfants et des parents, ainsi que la confidentialité des données récoltées (Levitt et al., 2007). Les enseignants doivent bénéficier d'une formation sur les troubles émotionnels et comportementaux (Walker, 2010) et acquérir des connaissances sur l'utilisation des outils de dépistage (Chafouleas et al., 2010). Il est impératif que des services soient à disposition pour prendre en charge les enfants identifiés (Dowdy et al., 2010). Avant de mettre en place une procédure de dépistage et de signalement, il faut vérifier la disponibilité de ces ressources (Glover et Albers, 2007). Un état des lieux systématique des pratiques pédagogiques et des ressources existantes aux trois niveaux de prévention est nécessaire.

A l'heure actuelle, dans la plupart des cantons romands, la majorité des interventions se situent au niveau de la prévention tertiaire. Il s'agit principalement de prises en charge thérapeutiques lorsqu'un diagnostic spécifique de troubles émotionnels et comportementaux est posé. En général, les services de psychologie scolaire et des cabinets de pédopsychiatrie privés sont à disposition de l'enfant en souffrance et de ses parents pour assurer une prise en charge thérapeutique. Dans le canton de Fribourg, des interventions ambulatoires et en milieu hospitalier sont proposées par le réseau de santé mentale, secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents¹⁰. Une équipe mobile d'intervention nommée PsyMobile¹¹ est disponible pour intervenir à la demande dans l'environnement psychosocial de l'enfant lors de situations de crise. Dans le cadre de cette prévention tertiaire, la Grille d'Observation est utilisée par l'enseignant pour signaler un élève en vue d'un bilan chez le psychologue scolaire ou chez un clinicien au choix des parents.

Dans le domaine de la prévention primaire et secondaire, chaque canton a mis en place un certain nombre de ressources à disposition des enseignants confrontés à la gestion difficile de problèmes émotionnels et comportementaux en classe. Dans le canton de Fribourg, le

¹⁰ Réseau de santé mentale dans le canton de Fribourg, secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents.

¹¹ Le service PSYMOBILE : l'enfant vit une crise psychosociale importante. Avec l'accord des parents ou du représentant légal ainsi que celui d'un médecin ou d'un autre professionnel, il est possible de contacter PsyMobile, offre de soins de proximité. L'équipe d'intervention assure des prestations de soins à des mineurs, pour lesquels un traitement ambulatoire n'est pas possible. L'intervention se fait donc dans l'environnement social de l'enfant ou de l'adolescent. (Source : http://www.fr.ch/rfsm/fr/pub/enfants_adolescents/offre_soins_s1/psymobile.htm)

Senof¹² propose trois services apparentés aux interventions des deux premiers niveaux de prévention exposés plus haut (voir 2.3.1.) :

- a) La médiation scolaire : le médiateur scolaire intervient lorsqu'il y a des difficultés de communication. Sa mission est de favoriser un climat positif, sain et accueillant dans les écoles et en classe.
- b) La prise en charge des difficultés comportementales : une unité mobile composée d'une équipe pluridisciplinaire intervient lors de mission spécifique (situation de crise, renforcement des compétences présentes sur le terrain, conseil aux établissements). Des classes relais sont à disposition pour accueillir momentanément les adolescents en crise ou avec des problèmes comportementaux importants.
- c) La promotion de la santé : différentes activités de promotion de la santé et de prévention sont à disposition des écoles.

Ces trois mesures sont offertes à la demande des enseignants sur la base de leurs besoins et de ceux des élèves. En présence d'importantes difficultés comportementales, une démarche graduée, de l'intervention la moins à la plus invasive, est proposée.

Vingt-et-une écoles fribourgeoises font parties du Réseau suisse d'écoles en santé¹³. La fondation RADIX soutient des programmes de promotion de la santé à l'école qui visent à favoriser une bonne santé mentale, une bonne hygiène alimentaire et une activité physique suffisante. Des programmes de prévention des addictions et des violences, ainsi que des offres pour améliorer la santé des professionnels de l'école figurent dans cet éventail de propositions. Par exemple, dans le canton de Fribourg, l'association REPER¹⁴ propose des mesures ciblées de prévention dans les situations à risque et de dépendance chez les adolescents, certaines activités sont conçues pour être mises à disposition des écoles. De 2007 à 2009, une quinzaine d'établissements scolaires romands (niveau primaire, secondaire I et II) ont développé des projets en lien avec un programme de dépistage et de prévention précoce sur les thématiques de la santé mentale, du climat de classe, de la consommation de substances, des comportements à risque et de la violence, etc. L'existence de toutes ces me-

¹² Service de l'enseignement obligatoire de langue française du canton de Fribourg. (Source : https://www.fr.ch/senof/fr/pub/education/m_diation_scolaire.htm)

¹³ « Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique et de Promotion Santé Suisse, la fondation RADIX gère le Réseau suisse d'écoles en santé (RSES). Le RSES coordonne 21 réseaux cantonaux et deux réseaux régionaux linguistiques : le réseau romand et le réseau alémanique d'écoles en santé. Plus de 1700 écoles font partie du réseau suisse. » (Source : <http://www.radix.ch/Ecoles-en-sante/Reseau-suisse-decoles-en-sante/PXoYa/>).

¹⁴ REPER est une association Fribourgeoise qui « a pour buts de contribuer à la promotion de la santé et de développer toutes mesures utiles à la prévention des dépendances et des situations à risques. Elle s'adresse à un large public, tout en privilégiant son action auprès des jeunes » (Source : http://www.reper-fr.ch/a_presentati.php).

sures offre un terreau favorable à l'implantation de l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux en classe à l'aide d'un outil de dépistage. Les besoins des enfants en matière de prévention sont définis par la Grille d'Observation. Pour faire concorder les mesures disponibles sur le terrain et les interventions proposées à la fin du cahier de passation, un inventaire exhaustif des interventions existantes en prévention primaire et secondaire s'avère nécessaire. Une évaluation de leur efficacité devra être menée à la lumière des recherches récentes sur les pratiques fondées sur les preuves.

8.4. Répliques ultérieures et développements futurs

A la fin de cette thèse de doctorat, le processus d'édification d'un outil de dépistage a abouti au prototype de la Grille d'Observation. La planification d'une troisième passation n'ayant pas été anticipée, la validation et la standardisation se poursuivent hors du cadre de ce travail. Les répliques ultérieures se réaliseront dans d'autres cantons romands auprès d'un nouvel échantillon afin d'évaluer le bienfondé des scores établis et la compréhension du matériel de passation. La priorité sera donnée à l'évaluation des qualités psychométriques afin de déterminer si la Grille d'Observation identifie précisément les manifestations observables en classe des troubles émotionnels et comportementaux chez la population-cible. Les analyses de fidélité et de validité amorcées dans cette thèse vont se poursuivre, à savoir :

- Fidélité par test-retest : faire compléter la Grille d'Observation à six-huit semaines d'intervalle par les mêmes enseignants.
- Validité concordante : faire compléter la Grille d'Observation et le TRF (ou autre questionnaire) en même temps.
- Validité prédictive : faire compléter la Grille d'Observation et le TRF (ou autre questionnaire) 6 mois et 12 mois plus tard.
- Sensibilité et spécificité : courbe de ROC sur l'échantillon d'élèves dont la Grille d'Observation et le TRF ont été complétés en même temps.
- Validité de construit : analyse factorielle confirmatoire

Le manuel de passation sera complété et révisé en fonction des résultats obtenus. Une grille d'analyse du matériel de passation sera proposée aux enseignants simultanément à la Grille d'Observation afin d'évaluer l'applicabilité de la procédure d'administration et des consignes de la forme finale. Les points suivants seront évalués : la facilité d'administration, la clarté des questions et des consignes, la durée d'administration, la convivialité de la cotation et de l'interprétation des résultats, la facilité de compréhension des items et du guide d'utilisation

de l'outil, l'adéquation de la présentation visuelle, l'utilité d'identifier les troubles émotionnels et comportementaux.

Une fois la Grille d'Observation validée et standardisée, des recherches ultérieures pour évaluer les soutiens et les programmes de prévention en vue de son implantation dans les écoles en Suisse Romande sont prévues. Il s'agira de recherches exploratoires sur l'efficacité des soutiens et des programmes de prévention primaire et secondaire existants. Des recherches sur le développement des troubles émotionnels et comportementaux chez les filles devront également être envisagées afin de déterminer les causes de la sous-identification des troubles émotionnels et comportementaux et d'une trajectoire développementale plus imprévisible chez cette population. Le développement d'une version en ligne pourrait être étudié dans les années à venir, en fonction de l'essor pris par la Grille d'Observation.

9. CONCLUSION

Les conceptions sur l'implantation du dépistage et de l'intervention précoce des troubles émotionnels et comportementaux dans les écoles datent de ces vingt dernières années. Le modèle pyramidal des soutiens envisage le trouble sous l'angle de la prévention. Cette approche est abondamment documentée et bénéficie d'un large soutien de la communauté scientifique. Grâce à une identification précoce et des interventions préventives, les élèves à risque ou en souffrance ont davantage de chance de poursuivre vers une trajectoire développementale favorable (Eklund et al., 2009). Il s'agit d'une alternative au modèle "wait-to-fail" qui consiste à intervenir uniquement lorsque la situation est grave (Glover et Albers, 2007). En présence de dysfonctionnements scolaires sévères, la seule option possible revient à exclure les élèves problématiques du système scolaire régulier. Selon les études épidémiologiques, les troubles émotionnels et comportementaux concernent 10% à 25% de la population infanto-juvénile. La prévalence d'élèves bénéficiant d'interventions éducatives et/ou thérapeutiques appropriées est plus difficile à connaître. En principe, ce taux se situe très en-dessous des besoins effectifs des enfants et des adolescentes concernés (Wagner, Kutash, Duchnowski, Epstein et Sumi, 2005). Ces considérations amènent à penser que les propositions de dépistage et d'interventions au sein de l'école sont encore lacunaires. Dans ce contexte, l'édification de la Grille d'Observation a pour objectif de maximaliser les compétences des enseignants à identifier les manifestations des troubles internalisés et externalisés en classe et proposer des pistes d'intervention.

Le prototype de la Grille d'Observation est le résultat d'une démarche empirique s'insérant dans le champ théorique de la psychopathologie développementale et s'appuyant sur les principes psychométriques. La psychopathologie chez l'enfant âgé de 6 à 12 ans est complexe car elle se caractérise par une évolution différente selon le trouble manifesté (internalisé ou externalisé), le genre (garçon ou fille) et selon la présence de troubles associés au tableau clinique. Afin de constituer une banque d'items respectant les caractéristiques individuelles de l'enfant, les contraintes développementales, les différences intra et interindividuelles, il a été fait appel à quatre taxonomies différentes. A la suite des deux traitements statistiques opérés, la Grille d'Observation est composée de 29 items répartis dans deux dimensions. Le passage de trois à deux facteurs lors de l'ultime mise à l'essai est sujet au questionnement car l'outil de dépistage ne permet plus la distinction entre la dimension internalisée et externalisée des troubles. Au regard de la revue de la recherche, un outil de dépistage constitué aussi d'un nombre d'items restreint, comme le *Strengths and Difficulties*

Questionnaire (SDQ, Goodman, 2001), peine à distinguer les troubles émotionnels des troubles comportementaux. Les différentes recherches montrent des résultats peu satisfaisants et instables (Goodman, 2001 ; Goodman et al., 2000 ; Goodman et Goodman, 2011 ; Hill et Huges, 2007). Pour ces raisons, seul le score final de la Grille d'évaluation est interprété d'autant plus que les résultats de la consistance et de la cohérence interne considérés comme satisfaisants ont confirmé l'option à deux dimensions. La fidélité qui fait référence à l'exactitude et à la cohérence des scores obtenus est partiellement réalisée. Une réévaluation de ces deux mesures complétée par un test-retest sera effectuée ultérieurement. Quant à la validité qui démontre si les scores de la Grille d'Observation détectent la présence de problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux parmi le public-cible (Harrison et al., 2013), elle mérite d'être reproduite dans de nouvelles conditions avec un échantillon neutre n'ayant pas servi à établir les T-scores. Plusieurs réplifications sont encore indispensables avant d'assurer la validation et la standardisation de l'outil de dépistage (American Educational Research Association, 1999 ; McIntire et Miller, 2007). Afin de combler ces limites, les futures recherches se feront à partir d'échantillons plus larges venant d'autres cantons romands. Idéalement, l'échantillon gagnerait à être composé d'élèves scolarisés dans des établissements urbains et ruraux.

Les bénéfices et les conditions d'implantation dans les écoles d'un modèle pyramidal de soutiens, semblable à celui présenté dans ce travail, ont été largement objectivés par la littérature scientifique. L'identification précoce et les interventions préventives répondent aux besoins de tous les élèves tout au long de leur trajectoire développementale. L'intégration des services en santé mentale au système scolaire est bénéfique à l'amélioration des résultats scolaires et des comportements inadaptés (Caldarella, Young, Richardson, Young et Young, 2008 ; Wagner et al., 2006). La création d'une équipe pluridisciplinaire est un préalable à une réforme des services de psychologie scolaire afin de promouvoir le développement de comportements positifs chez les élèves (Dowdy et al., 2014). Psychologues, enseignants, travailleurs sociaux et éducateurs collaborent ensemble dans le but de comprendre les problèmes des élèves, établir leurs besoins et les orienter vers les interventions appropriées. La mise en place de stratégies fondées sur des preuves assurent aux élèves à risque et en souffrances de recevoir les soutiens favorisant une bonne santé émotionnelle, l'acquisition de comportements pro-sociaux et le développement de compétences cognitives en adéquation avec leurs potentialités (Harrison et al., 2013). Psychologues et enseignants sont les garants de l'identification et la prévention précoce des troubles émotionnels et comportementaux dans les écoles (Severson, Walker, Hope-Doolittle, Kratochwill et Gresham 2007). Dans cette perspective, les compétences des psychologues scolaires ne sont plus réservées à la

prise en charge du 5 % d'élèves hautement à risque. Grâce à leur rôle de consultant en prévention, ils sont des ressources essentielles pour interpréter les données recueillies par les outils de dépistage, assurer le suivi des élèves identifiés, proposer des mesures préventives aux élèves à risque et accompagner les enseignants en classe afin de promouvoir des compétences sociales et émotionnelles (Dowdy et al., 2014 ; Reinke, Stormont, Herman, Puri et Goel, 2011). L'implantation du modèle pyramidal des soutiens dans les écoles a l'avantage d'anticiper les interventions urgentes en situation de crises qui immobilisent une grande partie des ressources scolaires disponibles. Les élèves manifestant des déficits sociaux, comportementaux et cognitifs sont adressés dès que possible aux services compétents avant que les coûts humain et financier deviennent trop importants (Lane et al., 2010). Dans cette approche pluridisciplinaire, la Grille d'Observation s'insère dans les outils d'évaluation disponibles pour déterminer la présence de troubles émotionnels et comportementaux chez les élèves au premier et au second niveau de prévention.

Force est de reconnaître que dans le canton de Fribourg et en Suisse Romande, l'identification et l'intervention précoce aux trois niveaux de prévention demeurent restreintes. Si les prises en charge thérapeutiques au niveau de la prévention tertiaire sont fonctionnelles dans les écoles, la concrétisation des mesures préventives primaires et secondaires n'est pas systématique malgré les programmes de prévention soutenus par la Fondation Radix. Dans ce contexte, l'utilisation de la Grille d'Observation autorise l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux en vue d'un signalement en psychologie scolaire. L'enseignant a la possibilité d'instaurer des activités favorisant l'estime de soi, l'émergence de compétences sociales et de comportements adaptés. Il peut se faire accompagner par un psychologue scolaire, un enseignant spécialisé ou un conseiller pédagogique lorsqu'il peine à gérer des comportements difficiles. Toutefois, les soutiens recommandés pour leur efficacité ne sont pas entièrement accessibles aux élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux.

Au terme de cette thèse, il reste des questions sans réponse. Malgré des résultats de recherche probants, les raisons limitant une implantation d'un modèle des soutiens de type pyramidal sont difficiles à établir. Les outils de dépistage favorisant l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux sont souvent inaccessibles aux enseignants. La supervision des enseignants par des spécialistes des troubles émotionnels et comportementaux ont démontré leur efficacité dans la gestion de la classe et dans la diminution des comportements inadaptés chez les élèves concernés. La perméabilité des informations et la cohérence des interventions entre professionnels (enseignants, thérapeutes, travailleurs so-

ciaux) garantissent un traitement efficace (Stark, 1990). Pourtant, les freins à une collaboration pluridisciplinaire ne sont pas clairement établis et peu objectivés par la recherche. Sur le terrain, les interventions tertiaires sont privilégiées alors que les dépenses dévolues à la prévention primaire et secondaire ne sont que peu sollicitées. Les prises en charge thérapeutiques et sociales engendrées par la chronicisation des troubles ont des coûts humains et financiers conséquents à long terme (Harrison, 2013). En plus des répliques nécessaires à la validation et à la standardisation de la Grille d'Observation, des obstacles structurels et financiers doivent être surmontés pour permettre une implantation du modèle pyramidal des soutiens dans les écoles. Afin que les troubles mentaux dans la population infanto-juvénile ne soient plus un problème majeur en santé publique, l'identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux et l'application des mesures préventives devraient être planifiées et intégrées aux futures réformes scolaires. Un service de santé mentale optimal contribue à réduire l'incidence des troubles émotionnels et comportementaux sur le processus développemental et à promouvoir le bien-être des élèves et des enseignants.

10. REPERTOIRES

10.1. Table des figures

<i>Figure 1.</i> Le modèle pyramidal des soutiens pour les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux (Merrell, 2008b, p. 23, traduction et adaptation libre)	55
<i>Figure 2 :</i> Organigramme d'édification d'un outil de dépistage (McIntire et Miller, 2007, p. 32, traduction et adaptation libre)	79
<i>Figure 3.</i> Schéma du construit selon Murphy et Davidshofer (1994, cité par McIntire et Miller, 2007).....	80
<i>Figure 4.</i> Valeurs propres (1 ^{er} échantillon).....	126
<i>Figure 5.</i> Valeurs propres (2 ^{ème} échantillon).....	137
<i>Figure 6.</i> Histogrammes avec courbe de normalité avant et après transformation logarithmique du groupe normal des garçons.....	149
<i>Figure 7.</i> Histogrammes avec courbe de normalité avant et après transformation logarithmique du groupe normal des filles	150

10.2. Table des tableaux

Tableau 1. <i>Les dimensions des problèmes internalisés de Quay et La Greca</i> (1986, pp. 79-80, traduction libre)	15
Tableau 2. <i>Les dimensions des problèmes externalisés de Quay</i> (1986b, pp.40-42, traduction libre)	17
Tableau 3. <i>Equivalent des troubles émotionnels et comportementaux dans le DSM</i> (APA, 2003, 2015).....	18
Tableau 4. <i>Critères diagnostiques de l'anxiété de séparation</i> (APA, 2003, 2015).....	22
Tableau 5. <i>Critères diagnostiques de l'anxiété généralisée</i> (APA, 2003, 2015)	23
Tableau 6. <i>Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur</i> (APA, 2003, 2015)	25
Tableau 7. <i>Critères diagnostiques du trouble dysthymique</i> (APA, 2003, 2015).....	27
Tableau 8. <i>Critères diagnostiques des trouble oppositionnel avec provocation</i> (APA, 2003, 2015).....	29
Tableau 9. <i>Critères diagnostiques des trouble des conduites</i> (APA, 2003, 2015).....	30
Tableau 10. <i>Trouble du déficit de l'attention avec et sans hyperactivité</i> (APA, 2003, 2015)..	33

Tableau 11. <i>Trouble de disruptif avec dysrégulation émotionnelle (APA, 2003, 2015)</i>	37
Tableau 12. <i>Prévalence et taux de consultation</i>	52
Tableau 13. <i>Revue de la recherche systématique</i>	62
Tableau 14. <i>Etudes comparatives sur les propriétés psychométriques des outils de dépistage existant</i>	63
Tableau 15. <i>Revue narrative sur l'efficacité du dépistage précoce à l'aide d'outils d'évaluation</i>	70
Tableau 16. <i>Aspects théoriques sur le format du questionnaire d'un l'outil de dépistage</i>	81
Tableau 17. <i>Principes de sélection et de rédaction des items</i>	83
Tableau 18. <i>Taxonomies dimensionnelles (Quay et La Greca, 1986, Quay, 1986b, traduction libre)</i>	89
Tableau 19. <i>Critères diagnostiques du DSM-IV-TR et DSM-5 (adapté d'APA, 2003,2015)</i>	90
Tableau 20. <i>Référentiel d'Observation à l'usage des médecins, signes d'appel 6 à 11 ans (Collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie, 2006)</i> ..	93
Tableau 21. <i>Les manifestations de la dépression en classe (Stark, 1990, p. 79, traduction libre)</i>	95
Tableau 22. <i>Synthèse des entretiens individuels de la pré-expérimentation de la Grille d'Observation</i>	96
Tableau 23. <i>Items inversés</i>	97
Tableau 24. <i>Items de la Grille d'Observation après la pré-expérimentation</i>	98
Tableau 25. <i>Protocole de passation à l'intention du premier groupe d'enseignants (mars 2010)</i>	101
Tableau 26. <i>Protocole de passation à l'intention du deuxième groupe d'enseignants (février 2011)</i>	102
Tableau 27. <i>Plan d'édification et de passation de l'outil de dépistage</i>	103
Tableau 28. <i>Espace dévolu aux remarques et appréciations des enseignants</i>	106
Tableau 29. <i>Mesure de l'adéquation de l'échantillonnage (Kramer, 1974, cité par Field, 2009)</i>	109
Tableau 30. <i>Caractéristiques du premier échantillon</i>	116
Tableau 31. <i>Constitution du deuxième échantillon</i>	118
Tableau 32. <i>Caractéristiques du deuxième échantillon</i>	119
Tableau 33. <i>Items problématiques à l'interprétation</i>	121
Tableau 34. <i>Calcul de l'indice de difficultés (1^{er} échantillon)</i>	122
Tableau 35. <i>Comportements extrêmes à joindre au questionnaire de la Grille d'Observation</i>	124

Tableau 36. <i>Indice KMO et test de Bartlett (1^{er} échantillon)</i>	125
Tableau 37. <i>Extrait de la matrice de corrélation (1^{er} échantillon)</i>	125
Tableau 38. <i>Variance totale expliquée du processus d'extraction par défaut de SPSS (1^{er} échantillon)</i>	126
Tableau 39. <i>Variance totale expliquée après extraction de 3 facteurs (1^{er} échantillon)</i>	127
Tableau 40. <i>Matrice des composantes après rotation (1^{er} échantillon)</i>	127
Tableau 41. <i>Résultats de l'alpha de Cronbach et coefficient de discrimination (1^{er} échantillon)</i>	130
Tableau 42. <i>Résultats du Split-half (1^{er} échantillon)</i>	130
Tableau 43. <i>Révision de la Grille d'Observation après première mise à l'essai des items</i> ..	132
Tableau 44. <i>Calcul de l'indice de difficulté (2^{ème} échantillon)</i>	134
Tableau 45. <i>Indice KMO et test de Bartlett (2^{ème} échantillon)</i>	135
Tableau 46. <i>Extrait de la matrice de corrélation (2^{ème} échantillon)</i>	136
Tableau 47. <i>Variance totale expliquée du processus d'extraction par défaut SPSS (2^{ème} échantillon)</i>	136
Tableau 48. <i>Variance totale expliquée après extraction de 3 facteurs (2^{ème} échantillon)</i>	138
Tableau 49. <i>Variance totale expliquée après extraction de 4 facteurs (2^{ème} échantillon)</i>	138
Tableau 50. <i>Variance totale expliquée après extraction de 2 facteurs (2^{ème} échantillon)</i>	139
Tableau 51. <i>Matrice des composantes après première rotation des 2 facteurs (2^{ème} échantillon)</i>	140
Tableau 52. <i>Matrice des composantes après seconde rotation des 2 facteurs (2^{ème} échantillon)</i>	141
Tableau 53. <i>Matrice des composantes après troisième rotation des 2 facteurs (2^{ème} échantillon)</i>	141
Tableau 54. <i>Résultats de l'alpha de Cronbach et coefficient de discrimination (2^{ème} échantillon)</i>	143
Tableau 55. <i>Résultats du Split-half (2^{ème} échantillon)</i>	143
Tableau 56. <i>Questionnaire révisé</i>	145
Tableau 57. <i>Analyse de normalité du groupe normal des garçons</i>	148
Tableau 58. <i>Analyse de normalité du groupe normal des garçons après transformation logarithmique</i>	148
Tableau 59. <i>Analyses descriptives du groupe normal des garçons</i>	148
Tableau 60. <i>Transformation des scores bruts en T-scores des garçons</i>	149
Tableau 61. <i>Analyse de normalité du groupe normal des filles</i>	149
Tableau 62. <i>Analyse de normalité du groupe normal des filles après transformation logarithmique</i>	150

Tableau 63. <i>Analyses descriptives du groupe normal des filles</i>	150
Tableau 64. <i>Transformation des scores bruts en T-scores des filles</i>	151
Tableau 65. <i>Analyse de normalité du groupe clinique des garçons et des filles</i>	152
Tableau 66. <i>Analyse de corrélation entre les T-scores de la Grille d'Observation et ceux du TRF</i>	152
Tableau 67. <i>Qualités psychométriques du questionnaire de la Grille d'Observation</i>	161

10.3. Bibliographie

- Abela, J. R. Z. et Hankin, B. L. (2008). Depression in children and adolescents. Causes, treatment, and prevention. Dans J. R. Z. Abela et B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 3–5). New-York: The Guilford Press.
- Abela, J. R. Z. et Hankin, B. L. (dir.). (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. New-York: The Guilford Press.
- Abella, A. et Manzano, J. (2006). Les troubles psychiques de l'enfance et l'adolescence aujourd'hui : un problème majeur de santé publique. *Schweizer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie*, 157(1), 29–34. Récupéré de <http://www.sanp.ch/docs/2006/2006-01/2006-01-132.pdf>
- Achenbach, T. B. et Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Library of Congress.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: ASEBA.
- Adera, B. A. et Bullock, L. M. (2010). Job stressors and teacher job satisfaction in programs serving students with emotional and behavioral disorders. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(1), 5–14. Doi:10.1080/13632750903512365
- Albano, A.-M. et Krain, A. (2005). Anxiety and anxiety disorders in girls. Dans D. J. Bell (dir.), *Issues in clinical child psychology. Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (p. 79–116). New York: Kluwer Academic/Plenum Publ.
- Albrecht, S. F., Johns, B. H., Mounstevan, J. et Olorunda, O. (2009). Working conditions as risk or resiliency factors for teachers of students with emotional and behavioral disabilities. *Psychology in the Schools*, 46(10), 1006–1022. Doi:10.1002/pits.20440

- Allès-Jardel, M. et Mouraille, S. (2003). Etudes de la santé mentale chez des enfants de 6-10 ans : comparaison entre 2 groupes issus de milieux scolaires et socioculturels différents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51, 235–246.
Doi:10.1016/S0222-9617(03)00058-8
- American Educational Research Association. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. Montréal: Guérin universitaire.
- Angold, A., Costello, E. J. et Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 40(1), 57–87. OI: 10.1111/1469-7610.00424
- American Psychological Association (APA). (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^{ème} éd.). Paris: Masson.
- American Psychological Association (APA). (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^{ème} éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C. et Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. Dans J. R. Z. Abela et B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 6–32). New-York: The Guilford Press.
- Bagner, D. M., Harwood, M. D. et Eyberg, S. M. (2006). Psychometric considerations. Dans M. Hersen (dir.), *Practical resources for the mental health professional. Clinician's handbook of child behavioral assessment* (p. 63–79). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Bailly, D. (dir.). (2002). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Rueil-Malmaison: Doin.
- Bailly, D. et Bailly-Lambin, I. (2002). Un trouble méconnu : l'anxiété de séparation. Dans D. Bailly (dir.), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 59–72). Rueil-Malmaison: Doin.
- Banks, J., Shevlin, M. et McCoy, S. (2012). Disproportionality in special education: identifying children with emotional behavioural difficulties in Irish primary schools. *European Journal of Special Needs Education*, 27(2), 219–235. Doi:10.1080/08856257.2012.669111

- Bauer, A. M. (1987). A Teacher's Introduction to Childhood Depression. *The Clearing House*, 61(2), 81–84. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/30186728.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true>
- Bee, H. et Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement les âges de la vie* (2^{ème} éd.). Québec: De Boeck.
- Beech, J. et Harding, L. (1994). *Tests, mode d'emploi... Guide de psychométrie*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Belfer, M. L., Remschmidt, H., Nurcombe, B., Okasha, A. et Sartorius, N. (2007). A global programme for child and adolescent mental health: a challenge in the new millennium. Dans H. Remschmidt, B. Nurcombe, M. L. Belfer, N. Sartorius et A. Okasha (dir.), *The mental health of children and adolescents : an area of global neglect : a report from the World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Health* (p. 1–11). Chichester: John Wiley et Sons.
- Belfer, M. L. (2008). La santé mentale globale de l'enfant : répondre aux besoins présents et futurs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56, 273–277.
Doi:10.1016/j.neurenf.2008.04.001
- Bell, D. J. (dir.). (2005). *Issues in clinical child psychology. Handbook of behavioral and emotional problems in girls*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publ.
- Benedetto, P. (2007). *Méthodologie pour psychologues*. Bruxelles: De Boeck.
- Bergeron, L., Valla, J.-P. et Gauthier, A.-K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon et P. L. Gendreau (dir.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.
- Bernaud, J.-L. (2007). *Introduction à la psychométrie*. Paris: Dunod.
- Bernier, J.-J. (1984). *Théorie des tests: Principes et techniques de base*. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Bernier, J.-J. et Pietrulewicz, B. (1997). *La psychométrie. Traité de mesure appliquée*. Montréal: Gaëtan Morin.

- Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J. et Verhulst, F. C. (2008). Predicting young adult social functioning from developmental trajectories of externalizing behaviour. *Psychological Medicine*, 38(07), 989–999.
- Bortz, J. et Döring, N. (2003). *Forschungs-methoden un Evaluation* (3rd). Berlin: Springer.
- Bouchard, C. et Fréchette, N. (2011). *Le développement global de l'enfant de 6 à 12 ans en contextes éducatifs. Collection Éducation à la petite enfance*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bouvard, M. (dir.). (2008). *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Masson.
- Bouvard, M. et Perez, C. (2008). Outils d'évaluation de la pathologie de l'enfant et de l'adolescent. Dans M. Bouvard (dir.), *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (p. 19–36). Paris: Masson.
- Bouvard, M. (2008). Qualités psychométriques d'une échelle d'évaluation ou d'un questionnaire. Dans M. Bouvard (dir.), *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (p. 1–9). Paris: Masson.
- Bowen, F. et Desbiens, N. (dir.). (2011). *Troubles du développement psychologique et des apprentissages. La violence chez l'enfant: Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. Marseille: Solal.
- Bowen, F., Desbiens, N., Rondeau, N. et Ouimet, I. (2000). La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I. Les problèmes internalisés*. (p. 165–229). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Bowlby, J. (2007a). *Attachement et perte. La séparation angoisse et colère* (4^{ème} éd.). *Le Fil rouge*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Bowlby, J. (2007b). *Attachement et perte. L'attachement* (4^{ème} éd.). *Le Fil rouge*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Breton, J.-J. et Valla, J.-P. (2001). Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches. Dans A. Gagnon (dir.), *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (p. 2–22). Boucherville: Gaëtan Morin.

- Broca, A. de. (2006). *Le développement de l'enfant. Aspects neuro-psycho-sensoriels* (3^{ème} éd.). *Pédiatrie au quotidien*. Paris: Masson.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, R. L., Moffitt, T. E., . . . Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Development and Psychopathology*, 39(2), 222–245. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2753823/>
- Caldarella, P., Young, E. L., Richardson, M. J., Young, B. J. et Young, K. R. (2008). Validation of the Systematic Screening for Behavior Disorders in Middle and Junior High School. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(2), 105–117. Doi:10.1177/1063426607313121
- Cameron, R. J. (1998). School discipline in the United Kingdom: Promoting classroom behaviour which promoting classroom behavior which encourages effective teaching and learning. *School Psychology Review*, 27(1), 33–44. Récupéré de <http://www.nasponline.org/publications/spr/abstract.aspx?ID=1433>
- Capron, C., Théron, C. et Duyme, M. (2007). Psychometric Properties of the French Version of the Self-Report and Teacher Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 79-88. Doi: 10.1027/1015-5759.23.2.79
- Carricano, M. et Poujol, F. (2008). *Analyse de données avec SPSS*. Paris: Pearson Education France.
- Centre for Mental Health in Schools. (2004). *An introductory packet on affect and mood problems related to school aged youth*. Los Angeles, CA: Author. Récupéré de <http://www.counseling.org/resources/library/Selected%20Topics/Depression/affect.pdf>
- Chafouleas, S. M., Kilgus, S. P. et Wallach, N. (2010). Ethical Dilemmas in School-Based Behavioral Screening. *Assessment for Effective Intervention*, 35(4), 245–252. Doi:10.1177/1534508410379002
- Charter, R. A. (2003). Study samples are too small to produce sufficiently precise reliability coefficients. *The Journal of General Psychology*, 130(2), 117–129. Doi: 10.1080/00221300309601280

- Chiland, C. et Young, J. G. (dir.). (1990). *L'enfant dans sa famille. Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cicchetti, D. et Cohen, D. J. (dir.). (2006). *Developmental psychopathology: Volume one: Theory and method* (2^{ème} éd.). London: Wiley.
- Clay, R. A. (2013). The next DSM: A look at the major revisions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, due out next month. *Monitor on Psychology*, 44(4), 26. Récupéré de <http://www.apa.org/monitor/2013/04/dsm.aspx>
- Cloutier, R. (2001). Identité et adolescence. Dans A. Gagnon (Ed.). *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Cohen, P., Kasen, S. et Liu, J. (1997). Comorbidité dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Dans M. C. Mouren-Siméoni et R. G. Klein (dir.), *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. (p. 119–129). Paris: Expansion Scientifique Publications.
- Collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie. (2006). Référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(8), 391–395. Doi: 10.1016/j.neurenf.2006.12.003
- Costello, E. J., Egger, H. et Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972–986. Doi:10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f
- Costello, E. J. et Angold, A. (2006). Developmental epidemiology. Dans D. Cicchetti et D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Volume one: Theory and method* (2nd ed.). London: Wiley.
- Cox, A. D. (1994). Diagnostic appraisal. Dans M. Rutter, E. Taylor, et L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches* (3rd ed., p. 22–33). London: Blackwell Scientific Publications.

- Cullinan, D. (2007a). *Students with emotional and behavioral disorders: An introduction for teachers and other helping professionals* (2nd ed.). Upper Saddle River N.J: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Cullinan, D. (2007b). Classification and definition of emotional and behavioral disorders. Dans R. B. Rutherford Jr., M. M. Quinn, et S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (p. 32–53). New-York: The Guildford Press.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. et Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York, London: The Guilford Press.
- Dancey, C. P., Reidy, J. et Gauvrit, N. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues: SPSS pour Windows, QCM et exercices corrigés. Ouvertures psychologiques*. Bruxelles: De Boeck.
- Dantzer, R. (2002,). *Les émotions* (3^{ème} éd. mise à jour). *Que sais-je? : Vol. 2380*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Davis, S. D., Young, E. et Hardman, S. a. W. R. (2011). Screening for Emotional and Behavioral Disorders. *Principal Leadership*, 12–17. Récupéré de http://www.nassp.org/Content/158/pl_may11_schoolpsych.pdf
- Dekker, M. C., Ferdinand, R. F., van Lang, N. D., Bongers, I. L., van der Ende, J. et Verhulst, F. C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 657–666. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01742.x
- Delacour, H., Servonnet, A., Perrot, A., Vigezzi, J. F. et Ramirez, J. M. (2005). La courbe ROC (receiver operating characteristic): principes et principales applications en biologie clinique. *Annales de Biologie Clinique*, 63(2), 145–154.
- Deldime, R. et Vermeulen, S. (2004). *Le développement psychologique de l'enfant* (7ème). Bruxelles: De Boeck.
- Desbiens, N., Bowen, F. et Allard, J. (2011). Environnement familial et conditions d'émergence des conduites agressives et violentes chez l'enfant et l'adolescent. Dans F. Bowen et N. Desbiens (Eds.), *Troubles du développement psychologique et des appren-*

tissages. La violence chez l'enfant. Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale (p. 145–196). Marseille: Solal.

Doll, B., Pfohl, W., et Yoon, J. (Eds.). (2010). *Handbook of youth prevention science*. New York: Routledge.

Dongier, S. (2001). Evolution normale chez l'enfant. Dans A. Gagnon (Ed.). *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (p. 21–56). Boucherville: Gaëtan Morin.

Dowdy, E., Furlong, M. J., Eklund, K., Sacki, E. et Ritchey, K. (2010). Screening for Mental Health and Wellness: Current School-based Practices and Emerging Possibilities. Dans B. Doll, W. Pfohl, & J. Yoon (Eds.), *Handbook of youth prevention science* (p. 70–95). New York: Routledge.

Dowdy, E., Furlong, M., Raines, T. C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R. W., . . . Murdock, J. (2014). Enhancing School-Based Mental Health Services With a Preventive and Promotive Approach to Universal Screening for Complete Mental Health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 1–20.
Doi:10.1080/10474412.2014.929951

Drabick, D. A. G., et Kendall, P. C. (2010). Developmental Psychopathology and the Diagnosis of Mental Health Problems among Youth. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 17(4), 272–280. Doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01219.x

Duffy, A., Kutcher, S., Alda, M. et Grof, P. (1997). Hypothèses génétiques. Dans M. C. Mouren-Siméoni et R. G. Klein (Eds.), *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. (p. 243–257). Paris: Expansion Scientifique Publications.

Dumas, J. E. (2000). *L'enfant violent. Le connaître, l'aider, l'aimer*. Paris: Bayard.

Dumas, J. E. (2005). *L'enfant anxieux. Comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles: De Boeck.

Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3^{ème} éd. rev. et augm.). *Ouvertures psychologiques*. Bruxelles: De Boeck.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. et Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. Récupéré

de

<https://static.squarespace.com/static/513f79f9e4b05ce7b70e9673/t/52e9d8e6e4b001f5c1f6c27d/1391057126694/meta-analysis-child-development.pdf>

- Dwyer, S. B., Nicholson, J. M. et Battistutta, D. (2006). Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems: A comparison of screening methods. *Prevention Science*, 7(4), 343–357. DOI: 10.1007/s11121-006-0026-5
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T., Fabes, R., Shepard, S., Reiser, M., . . . Guthrie, I. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72, 1112–1134.
- Eisner, M., Ribeaud, D., Jünger, R. et Meidert, U. (2008). *Frühprävention von Gewalt und Aggression: Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprojektes an Schulen. Nationales Forschungsprogramm 52 Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel*. Zürich: Rüegger.
- Eklund, K., Renshaw, T. L., Dowdy, E., Jimerson, S. R., Hart, S. R., Jones, C. N. et Earhart, J. (2009). Early identification of behavioral and emotional problems in youth: universal screening versus teacher-referral identification. *The California School Psychologist*, 14, 89–95. Récupéré de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ878355.pdf>
- Elliott, S. N. et Busse, R. (2007). Assessment and evaluation of students' behavior and intervention outcomes. Dans R. B. Rutherford Jr., M. M. Quinn, et S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (p. 123–142). New-York: The Guildford Press.
- Epstein, M. H., Nordness, P. D., Ron Nelson, J. et Hertzog, M. (2002). Convergent Validity of the Behavioral and Emotional Rating Scale with Primary Grade Level Students. *Topics in early childhood special education*, 22(2), 114–121.
doi:10.1177/02711214020220020601
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Slattery, M. J., Burk, L. R., Thomas Boyce, W., Woodward, H. R. et Kupfer, D. J. (2009). Screening for childhood mental health problems: outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 50(5), 562–570.
Doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x

- Evans, J., Harden, A. et Thomas, J. (2004). What are effective strategies to support pupils with emotional and behavioural difficulties (EBD) in mainstream primary schools? Findings from a systematic review of research. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 4(1), 2–16. Doi:10.1111/J.1471-3802.2004.00015.x
- Farrell, L. J. et Barrett, P. M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58–65. Doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x
- Fédération française de psychiatrie avec le concours de la société française de pédiatrie (dir.). (1997). *Les troubles dépressifs chez l'enfant. Reconnaître, soigner, prévenir, devenir*. Paris: Frison-Roche.
- Ferrari, P. (2001). *Comment vivre avec un enfant déprimé*. Paris: Josette Lyon.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3^{ème} éd.). Thousand Oaks: SAGE.
- Ford, T. et Nikapota, A. (2000). Teachers' attitudes towards child mental health services. *Psychiatric Bulletin*, 24(12), 457–461. Doi:10.1192/pb.24.12.457
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, E. et Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intériorisés, extériorisés et concomitants chez des élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(1), 197–218. Doi: 10.7202/032034ar
- Foster, S. L. (2005). Aggression and antisocial behavior in girls. Dans D. J. Bell (Ed.), *Issues in clinical child psychology. Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 149–180). New York: Kluwer Academic/Plenum Publ.
- Frick, P. J., Kamphaus, R. W. et Barry, C. T. (2010). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior* (3rd ed.). New York: Springer.
- Furlong, M. J., Morrisson, G. M. et Jimerson, S. R. (2007). Externalizing behaviors of aggression and violence and the school context. Dans R. B. Rutherford Jr., M. M. Quinn et S. R. Mathur (dir.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (p. 243–261). New-York: The Guilford Press.
- Gagnon, A. (dir.). (2001). *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*. Boucherville: Gaëtan Morin.

- Gagnon, J. C. et Leone, P. E. (2006). Elementary Day and Residential Schools for Children with Emotional and Behavioral Disorders: Characteristics of Educators and Students. *Education and Treatment of Children*, 29, 51–78. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/255486065_Elementary_Day_and_Residential_Schools_for_Children_with_Emotional_and_Behavioral_Disorders_Characteristics_of_Educators_and_Students
- Garber, J. (2000). Development and depression. Dans A. J. Sameroff, M. Lewis, et S. M. Miller (dir.), *Handbook of developmental psychopathology* (2^{ème} éd., p. 467–490). New-York: Plenum
- Garmezy, N., et Masten, A. S. (1994). Chronic adversities. Dans M. Rutter, E. Taylor, et L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches* (3^{ème} éd., p. 191–208). London: Blackwell Scientific Publications.
- Garson, D.G., (2010). *Reliability analysis. Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*, North Carolina State University. Récupéré de <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/reliab.htm>
- Genoud, P. A., Brodard, F. et Reicherts, M. (2009). Facteurs de stress et burnout chez les enseignants de l'école primaire. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(1), 37–45.
Doi:10.1016/j.erap.2007.03.001
- Gershon, J. (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143–154. Doi:10.1177/108705470200500302
- Glover, T. A. et Albers, C. A. (2007). Considerations for evaluating universal screening assessments. *Journal of School Psychology*, 45(2), 117–135.
doi:10.1016/j.jsp.2006.05.005
- Goldstein, S. et Reynolds, C. R. (dir.). (1999). *Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children*. New-York: The Guilford Press.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. Doi:10.1097/00004583-200111000-00015

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 38(5), 581–586. Récupéré de <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x/asset/j.1469-7610.1997.tb01545.x.pdf?v=1&t=i1vxb7km&s=1326629a5ba4432d5cd4589a894442b2b35dc449>
- Goodman, A. et Goodman, R. (2011). Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(1), 100–108. Doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02278.x
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. et Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatric*, 177, 534–539. Récupéré de <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/534.full.pdf#page=1&view=FitH>
- Goodyer, I. M. (dir.). (2001). *The depressed child and adolescent* (2^{ème} éd.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gorman-Smith, D. et Loeber, R. (2005). Are developmental pathways in disruptive behaviors the same for girls and boys? *Journal of Child and Family Studies*, 14(1), 15–27. Doi: 10.1007/s10826-005-1109-9
- Gorsuch, R. L. (1997). Exploratory Factor Analysis: Its Role in Item Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 532–560. Doi:10.1207/s15327752jpa6803_5
- Gosling, P. (1992). *Qui est responsable de l'échec scolaire? : Représentations sociales, attributions et rôle d'enseignant. Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., van Assche, V., Ghesquière, P. et Hellinckx, W. (2004). Comparison of Mothers', Fathers', and Teachers' Reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 137–146. Doi:10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59
- Greenberg, M., Domitrovich, C. et Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4.

- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T. et Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7(01), 117. Doi:10.1017/S0954579400006374
- Greenman, P. S. (2009). L'enfant agressif et le rejet des pairs: Le paradoxe de l'œuf et de la poule. Dans B. H. Schneider (dir.), *Conduites agressives chez l'enfant. Perspectives développementales et psychosociales* (p. 153–174). *Collection D'enfance: Vol. 12*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gresham, F. M. et Kern, L. (2007). Internalizing behavior problems in children and adolescents. Dans R. B. Rutherford Jr., M. M. Quinn et S. R. Mathur (dir.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (p. 262–281). New-York: The Guildford Press.
- Guetzloe, E. (2007). Introduction. Dans R. B. Rutherford Jr., M. M. Quinn et S. R. Mathur (dir.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (p. 519–521). New-York: The Guildford Press.
- Habimana, E. (1999). Classification et étiologie. Dans E. Habimana, L. S. Ethier, D. Petot et M. Tousignant (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (p. 3–31). Montréal: Gaëtan Morin.
- Habimana, E., Ethier, L. S., Petot, D. et Tousignant, M. (dir.). (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Hair, J. F. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th). Upper Saddle River: Pearson.
- Hankin, B. L. et Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773–796.
- Hankin, B. L., Wetter, E. et Cheely, C. (2008). Sex differences in child and adolescent depression. A developmental psychopathological approach. Dans J. R. Z. Abela et B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 377–414). New-York: The Guilford Press.
- Harrington, R. (2002). Affective disorders. Dans M. Rutter et E. Taylor (dir.), *Child and adolescent psychiatry* (4^{ème} éd., p. 463–485). Oxford: Blackwell.

- Harrington, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57(1), 47–60. Doi:10.1093/bmb/57.1.47
- Harrison, J. R., Vannest, K. J. et Reynolds, C. R. (2013). Social acceptability of five screening instrument for social, emotional and behavioral challenges. *Behavioral Disorders*, 38(3), 171–189. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/259295804_Social_Acceptability_of_Five_Screening_Instruments_for_Social_Emotional_and_Behavioral_Challenges
- Heath, N. L. (1992). Learning disabilities and childhood depression: theory and remediation. Dans S. Mieztis (dir.), *Creative alternatives to depression in our schools. Assessment. Intervention. Prevention* (p. 259–286). Toronto: Hogrefe et Huber Publishers.
- Heflin, L. J. et Bullock, L. M. (1999). Inclusion of Students With Emotional/Behavioral Disorders: A Survey of Teachers in General and Special Education. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 43(3), 103–111. Doi:10.1080/10459889909603310
- Hegde, M. N. et Pomaville, F. (2012). *Assessment of communication disorders in children: Resources and protocols* (2^{ème} éd.). San Diego: Plural Publishing Inc.
- Hersen, M. (dir.). (2006). *Practical resources for the mental health professional. Clinician's handbook of child behavioral assessment*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Hess Rice, E., Merves, E. et Srsic, A. (2008). Perceptions of gender differences in the expression of emotional and behavioral disabilities. *Education and Treatment of Children*, 31(4), 549–565. Doi:10.1353/etc.0.0035
- Hill, C. R. et Hugues, J. N. (2007). An examination of the convergent and discriminant validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *School Psychology Quarterly*, 23(3), 380–406. Doi: 10.1037/1045-3830.22.3.380
- Hinshaw, S. P. et Blachman, D. R. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in girls. Dans D. J. Bell (dir.), *Issues in clinical child psychology. Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (p. 117–148). New York: Kluwer Academic/Plenum Publ.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing Behavior Problems and Academic Underachievement in Childhood and Adolescence: Causal Relationships and Underlying Mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127–155. Doi: 10.1037/0033-2909.111.1.127

- House, A. E. (2002). *DSM-IV Diagnosis in the Schools* (2^{ème} éd., rév.). New York: Guilford Press.
- Huberty, T. J. R. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. New York: Springer.
- Hüsler, G. (2010). *Formation - école - santé. Prévention psychosociale: Vol. 2*. Glarus: Rüeegg.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2002). *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris. Récupéré d'Institut national de la santé et de la recherche médicale website:
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/46>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2003). *Prévention des troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent*. Paris. Récupéré d'Institut national de la santé et de la recherche médicale website:
http://ist.inserm.fr/basisrapports/sante_enfants.html
- Janssens, A. et Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European child & adolescent psychiatry*, 18(11), 691–700. Doi:10.1007/s00787-009-0030-y
- Johnson, B. (2002). Behaviour Problems In Children and Adolescents with Learning Disabilities. *The Internet Journal of Mental Health*, 1(2). Récupéré de
<http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/11591>
- Kann, R. T. et Hanna, F. J. (2000). Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents: How Do Girls Differ From Boys. *Journal of counseling et development*, 78(3), 267–274. Doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb01907.x
- Kataoka, S. H., Zhang, L. et Wells, K. B. (2002). Unmet Need for Mental Health Care Among U.S. Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1548–1555. Doi:10.1176/appi.ajp.159.9.1548
- Kauffman, J. M. et Landrum, T. J. (2009). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (9^{ème} éd.). Upper Saddle River: Pearson.

- Keil, V. et Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761–779. Doi:10.1016/j.chidyouth.2005.08.006
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design. University paperbacks: Vol. 931*. London, New York, NY: Methuen.
- Kolvin, I. et Sadowski, H. (2001). Childhood depression: clinical phenomenology and classification. Dans I. M. Goodyer (dir.), *The depressed child and adolescent* (2^{ème} éd., p. 119–142). Cambridge: Cambridge University Press.
- Koot, H. M., Crijnen, Alfons A. M. et Ferdinand, R. F. (dir.). (1999). *Child psychiatric epidemiology: Accomplishments and future directions*. Assen, The Netherlands: Van Gorcum.
- Kovacs, M. et Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 39(1), 47.63.
- Lambros, K. M., Ward, S. L., Bocian, K. M., MacMillan, D. L. et Gresham, F. M. (1998). Behavioral profiles of children at-risk for emotional and behavioral disorders: Implications for assessment and classification. *Focus on Exceptional Children*, 30(Jan 1998), 1–13.
- Lanaris, C. (2006). Les interventions proactives et l'encadrement pédagogique. Dans L. Massé, N. Desbiens, et C. Lanaris (dir.), *Les Troubles du comportement à l'école. Prévention, évaluation et intervention* (p. 141–160). Montréal: Gaëtan Morin.
- Lane, K. L., Bruhn, A. L., Eisner, S. L. et Robertson Kalberg, J. (2010). Score Reliability and Validity of the Student Risk Screening Scale: A Psychometrically Sound, Feasible Tool for Use in Urban Middle Schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 18(4), 211–224. doi:10.1177/1063426609349733
- Lane, K. L., Menzies, H. M., Oakes, W. P. et Robertson Kalberg, J. (2012). *Systematic screenings of behavior to support instruction: From preschool to high school*. New York: Guilford.
- Lane, K. L., Oakes, W. P., Menzies, H. M. et Germer, K. A. (2014). Screening and identification approaches for detecting students at risk. Dans H. M. Walker et F. M. Gresham (dir.), *Handbook of evidence-based practices for emotional and behavioral disorders. Applications in schools* (p. 129–151). New-York: The Guildford Press.

- Lane, K. L., Robertson Kalberg, J. et Menzies, H. M. (2009). *Developing schoolwide programs to prevent and manage problem behaviors: A step-by-step approach*. New York: Guilford Press.
- Laveault, D. et Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests. En psychologie et en science de l'éducation*. Bruxelles: De Boeck.
- Lebovici, S. (1990). La santé mentale en l'an 2000. Dans C. Chiland et J. G. Young (dir.), *L'enfant dans sa famille. Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*. (p. 37–51). Paris: Presses Universitaires de France.
- Legerstee, J., Verhulst, F. C., Robbers, S. C. C., Ormel, J., Oldehinkel, A. J. et van Oort, F. V. A. (2013). Gender-Specific Developmental Trajectories of Anxiety during Adolescence: Determinants and Outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 26–34.
- Levitt, J. M., Saka, N., Hunter Romanelli, L. et Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology*, 45(2), 163–191. Doi:10.1016/j.jsp.2006.11.005
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychoapathology: Models, definitions, and prediction. Dans A. J. Sameroff, M. Lewis et S. M. Miller (dir.), *Handbook of developmental psychopathology* (2^{ème} éd., pp. 3–22). New-York: Plenum.
- Loeber, R. et Burke, J. D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 34–46. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00713.x
- Lou, C., Anthony, E. K., Stone, S., Vu, C. M. et Austin, M. J. (2006). *Assessing Child and Youth Well-Being: Implications for Child Welfare Practice*. University of California, Berkeley: Bay Area Social Services Consortium School of Social Welfare. Récupéré de http://cssr.berkeley.edu/research_units/bassc/documents/BASSCChildWell-BeingFULLREPORT09.26.06.pdf
- Luby, J. L., Essex, M. J., Armstrong, J. M., Klein, M. H., Zahn-Waxler, C., Sullivan, J. P. et Goldsmith, H. H. (2009). Gender differences in emotional reactivity of depressed and at-risk preschoolers: implications for gender specific manifestations of preschool de-

- pression. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 38(4), 525–537.
doi:10.1080/15374410902976312
- Macklem, G. L. (2007). *Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children*. New-York: Springer.
- Maras, P. (2005). An international model for developing capacity for addressing the needs of 'at risk' Youth: A French-English affaire? *European Educational Research Journal*, 4(2), 100–108. Récupéré de http://www.worlds.co.uk/pdf/validate.asp?j=eerjetvol=4etissue=2etyear=2005etarticle=2_Maras_EERJ_4_2_web
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I. Les problèmes internalisés*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D. (2003). Les jeunes dépressifs. Un groupe à haut risque d'abandon scolaire. *Bulletin du CRIRES*, 15, 29-32. Récupéré de <http://www.ulaval.ca/crides/html/bulletin.html>
- Martin-Guehl, C. (2003). *L'enfant anxieux. Dépistage et soins*. Paris: Masson.
- Massé, L., Desbiens, N. et Lanaris, C. (dir.). (2006). *Les Troubles du comportement à l'école: Prévention, évaluation et intervention*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R. et Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading problems and depressed mood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), 219–229. Doi: 10.1023/A:1022534527021
- McCain, M. N., Mustard, J. F. et Shanker, S. (2007). *Early year study 2. Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.
- McIntire, S. A., et Miller, L. A. (2007). *Foundations of psychological testing: a practical approach* (2^{ème} éd.). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Meagher, S. M., Arnold, D. H., Doctoroff, G. L., Dobbs, J. et Fisher, P. H. (2009). Social–Emotional Problems in Early Childhood and the Development of Depressive Symptoms in School-Age Children. *Early Education & Development*, 20(1), 1–24.
Doi:10.1080/10409280801947114

- Merrell, K. W. (2008a). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (3^{ème} éd.). New-York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Merrell, K. W. (2008b). *Helping students overcome depression and anxiety: a practical guide* (2^{ème} éd.). New-York: Guilford Press.
- Messerschmitt, P. et Legrain, D. (2000). *L'enfant déprimé*. Paris: Fayard.
- Miezitis, S. (dir.). (1992). *Creative alternatives to depression in our schools. Assessment. Intervention. Prevention*. Toronto: Hogrefe et Huber Publishers.
- Miezitis, S. (1992a). Teacher-mediated intervention with depressed children: model and practitioner's guide. Dans S. Miezitis (dir.), *Creating alternatives to depression in our schools. Practical assessment and intervention approaches* (p. 287–314). Lewiston, NY: Hogrefe et Huber Publishers.
- Miezitis, S. (1992b). Towards prevention of depression in our schools. Dans S. Miezitis (dir.), *Creating alternatives to depression in our schools. Practical assessment and intervention approaches* (p. 417–436). Lewiston, NY: Hogrefe et Huber Publishers.
- Ministerial Advisory Committee: Students with Disability. (2007). *Mental health and children and students with a disability*. South Australia.
- Mooij, T. et Smeets, E. (2009). Towards systemic support of pupils with emotional and behavioural disorders. *International Journal of Inclusive Education*, 13(6), 597–616.
Doi:10.1080/13603110802047978
- Morizot, J., Poirier, M., Freeston, M. H., Perreault, K., Tremblay, R. et Maranda, J. (2001). Un nouvel outil pour le dépistage et l'évaluation des difficultés comportementales chez l'enfant: validation préliminaire de l'échelle d'évaluation des dimensions du comportement destinée aux parents. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 5–28.
- Morris, M. (1992). A psychodynamic teacher consultation model for depressed children. Dans S. Miezitis (dir.), *Creating alternatives to depression in our schools. Practical assessment and intervention approaches* (p. 315–332). Lewiston, NY: Hogrefe et Huber Publishers.
- Mouren-Siméoni, M. C., Vila, G. et Vera, L. (1993). *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine.

- Mouren-Siméoni, M. C. et Falissard, B. (1997). Dysthymie chez l'enfant et l'adolescent. Dans M. C. Mouren-Siméoni et R. G. Klein (dir.), *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. Paris: Expansion Scientifique Publications.
- Mouren-Siméoni, M. C. et Klein, R. G. (dir.). (1997). *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. Paris: Expansion Scientifique Publications.
- Mouren-Siméoni, M. C. (1986). *La maladie dépressive chez l'enfant et l'adolescent*. France: Ciba-Geigy.
- Müller, C. M. (2010). Negative peer influence in special needs classes – a risk for students with problem behaviour? *European Journal of Special Needs Education*, 25(4), 431–444. Doi:10.1080/08856257.2010.513553
- Nickerson, A. B. et Fishman, C. (2009). Convergent and divergent validity of the Devereux Student Strengths Assessment. *School Psychology Quarterly*, 24(1), 48–59. Doi:10.1037/a0015147
- Nishioka, V. M. (2006, septembre). *Universal screening: Strategies for assessing and supporting the needs of at-risk students in your school*. Communication présentée à The National Conference of the Hamilton Fish Institute on School and Community Violence Persistently Safe Schools, Washington, D. C, 231–237.
- Nurcombe, B. (2007). The principles of prevention in child and adolescent mental health. Dans H. Remschmidt, B. Nurcombe, M. L. Belfer, N. Sartorius, et A. Okasha (dir.), *The mental health of children and adolescents : an area of global neglect : a report from the World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Health* (p. 53–64). Chichester: John Wiley et Sons.
- Oldehinkel, A. J., Ormel, J., Verhulst, F. C. et Nederhof, E. (2014). Childhood adversities and adolescent depression: A matter of both risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 1–9. Doi:10.1017/S0954579414000534
- OMS. (2005). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Genève. Récupéré d'Organisation mondiale de la Santé website: http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf

- OMS. (2001). *Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale* (No. 220, aide-mémoire). Genève. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Osborne, J. W. (2010). Improving your data transformations: Applying the Box-Cox transformation. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 15(12), 1–5. Récupéré de <http://pareonline.net/pdf/v15n12.pdf>
- Pacifico, D. (2010). *Trouble de l'humeur et trouble d'apprentissage à l'école primaire: Quels liens et quelles conséquences sur la scolarité de l'enfant*. Sarrebruck: Editions Universitaires Européennes.
- Palladino, P., Poli, P., Masi, G. et Marcheschi, M. (2000). The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: data in support of Borkowski's model. *Learning Disabilities Research et Practice*, 15(3), 142–148. Doi: 10.1207/SLDRP1503_4
- Palmieri, P. A. et Smith, G. C. (2007). Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. sample of custodial grandmothers. *Psychological Assessment*, 19(2), 189–198. Doi:10.1037/1040-3590.19.2.189
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. et Bève, A. (2010). *Psychologie du développement humain*. Bruxelles: De Boeck Supérieur. Récupéré de <https://books.google.ch/books?id=LrUsEnUkGVkC>
- Patterson, G. R., Reid, J. B. et Dishion, T. J. (1992). *A social interactional approach*. Eugene, Or.: Castalia Pub. Co.
- Perret, P. et Faure, S. (2006a). Les fondements de la psychopathologie développementale. *Enfance*, 4, 317–333. Doi: 10.3917/enf.584.0317
- Perret, P. et Faure, S. (2006b). *Psychopathologie développementale du bébé et du jeune enfant. Théories. Méthodes. Pratiques*. Marseille: Solal.
- Perring, C. (2006). Conceptualiser les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. *Philosophiques*, 33(1), 65–80. Doi: 10.7202/012947ar
- Peterson, R. A. (1994). A Meta-Analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research, Inc.*, 21(2), 381–391. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/2489828.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true>

- Petot, D. (1999). Les dépressions. Dans E. Habimana, L. S. Ethier, D. Petot, et M. Tousignant (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (p. 111–137). Montréal: Gaëtan Morin.
- Plizka, S. R. et Olvera, R. L. (1999). Anxiety disorders. Dans S. Goldstein et C. R. Reynolds (dir.), *Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children* (p. 216–246). New-York: The Guilford Press.
- Poirier, M., Morizot, J., Freeston, M. H., Perreault, K., Tremblay, R. et Maranda, J. (2000). Echelle d'évaluation des dimensions du comportement : validation préliminaire auprès d'élèves québécois du primaire et du secondaire. *Science et comportement*, 28(2), 223–262. Récupéré de <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/mq33722.pdf>
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G. et Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 46(9), 982–994. Doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00395.x
- Potvin, P. et Rousseau, R. (1993). Attitudes des enseignants envers les élèves en difficulté scolaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 18(2), 132–149. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/1495186>
- Purper-Ouakil, D. et Bailly, D. (2002). Prévention des troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent. Dans D. Bailly (dir.), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 219–232). Rueil-Malmaison: Doin.
- Quay, H. C. (1986a). Classification. Dans H. C. Quay et J. S. Werry (dir.), *Psychopathological disorders of childhood* (3^{ème} éd., pp. 1–34). New-York: John Wiley et Sons.
- Quay, H. C. (1986b). Conduct disorders. Dans H. C. Quay et J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3^{ème} éd., p. 35–72). New-York: John Wiley et Sons.
- Quay, H. C., et La Greca, A. M. (1986). Disorders of anxiety, withdrawal, and dysphoria. Dans H. C. Quay et J. S. Werry (dir.), *Psychopathological disorders of childhood* (3^{ème} éd., p. 73–110). New-York: John Wiley et Sons.

- Quay, H. C., et Werry, J. S. (dir.). (1986). *Psychopathological disorders of childhood* (3^{ème} éd.). New-York: John Wiley et Sons.
- Quinn, K. P. et McDougal, J. L. (1998). A mile wide and a mile deep: Comprehensive interventions for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families. *School Psychology Review*, 27, 191–203.
- Rapport, M., Denney, C., Chung, K.-M. et 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, 536–551.
Doi: 10.1207/S15374424JCCP3004_10
- Reid, R., Gonzalez, J. E., Nordness, P. D. et Epstein, M. H. (2004). A meta-analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *The Journal of Special Education*, 38(3), 130–143. Doi: 10.1177/00224669040380030101
- Reinherz, H., Gordon, A. L., Morris, K. M. et Anastas, J. W. (1983). Who shall be served? Issues in screening for emotional and behavioral problems in school. *The journal of primary prevention*, 4(2), 73–95. Récupéré de <http://link.springer.com/article/10.1007%2F01324791#page-1>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R. et Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 1–13. doi:10.1037/a0022714
- Remschmidt, H., Nurcombe, B., Belfer, M. L., Sartorius, N. et Okasha, A. (Eds.). (2007). *The mental health of children and adolescents: an area of global neglect: a report from the World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Health*. Chichester: John Wiley et Sons.
- Ribeaud, D. et Eisner, M. (2010). Risk factors for aggression in pre-adolescence: Risk domains, cumulative risk and gender differences - Results from a prospective longitudinal study in a multi-ethnic urban sample. *European Journal of Criminology*, 7(6), 460–498.
Doi:10.1177/1477370810378116
- Roeser, R. W. et Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. Dans A. J. Sameroff, M. Lewis, et S. M. Miller (dir.), *Handbook of developmental psychopathology* (2^{ème} éd., p. 135–154). New-York: Plenum.

- Roeser, R. W. et Midgley, C. (1997). Teachers' Views of Issues Involving Students' Mental Health. *The Elementary School Journal*, 98(2), 115–133. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1002138.pdf?acceptTC=true&etjpdConfirm=true>
- Rose, A. J. et Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98–131. Doi:10.1037/0033-2909.132.1.98
- Rutherford Jr., R. B., Quinn, M. M. et Mathur, S. R. (dir.). (2007). *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. New-York: The Guildford Press.
- Rutherford Jr, R. B. (2004). *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. New-York: The Guilford Press.
- Rutter, M. et Sroufe, A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(03), 265–296.
- Rutter, M., Taylor, E. et Hersov, L. (dir.). (1994). *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches* (3^{ème} éd.). London: Blackwell Scientific Publications.
- Rutter, M. et Taylor, E. (dir.). (2002). *Child and adolescent psychiatry* (4th). Oxford: Blackwell.
- Salvia, J., Ysseldyke, J. E. et Bolt, S. (2013). *Assessment in special and inclusive education* (12^{ème} éd.), Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning.
- 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.
- Sameroff, A. J., Lewis, M. et Miller, S. M. (Eds.). (2000). *Handbook of developmental psychopathology* (2^{ème} éd.). New-York: Plenum.
- Severson, H. H., Walker, H. M., Hope-Doolittle, J., Kratochwill, T. R. et Gresham, F. M. (2007). Proactive, early screening to detect behaviorally at-risk students: Issues, approaches, emerging innovations, and professional practices. *Journal of School Psychology*, 45(2), 193–223. doi:10.1016/j.jsp.2006.11.003

- Schmid, G. (2006). Souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent : introduction au référentiel de la Fédération Française de Psychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, 389–390. Doi:10.1016/j.neurenf.2006.12.002
- Schneider, B. H. (dir.). (2009). *Conduites agressives chez l'enfant: Perspectives développementales et psychosociales. Collection D'enfance: Vol. 12*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Schoenfeld, N. A. et Janney, D. M. (2008). Identification and Treatment of Anxiety in Students with Emotional or Behavioral Disorders: A Review of the Literature. *Education and Treatment of Children*, 31(4), 583–610. Doi:10.1353/etc.0.0034
- SStat. (2010). *Annuaire statistique du canton de Fribourg*. Etat de Fribourg. Récupéré de http://www.fr.ch/sstat/fr/pub/annuaire_statistique.htm
- Shores, R. E. et Wehby, J. H. (1999). Analyzing the Classroom Social Behavior of Students with EBD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(4), 194–199. Doi:10.1177/106342669900700401
- Soles, T., Bloom, E. L., Heath, N. L. et Karagiannakis, A. (2008). An exploration of teachers' current perceptions of children with emotional and behavioural difficulties. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 13(n°4), 275–290. Doi: 10.1080/13632750802442201
- Son, S. E. et Kirchner, J. T. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, 62(10), 2297–2308. Récupéré de <http://www.aafp.org/20001115/2297.html>
- Spence, S., Burns, j., Boucher, S., Glover, S., Graetz, D. K., Patton, G. et Sawyer, M. (2005). The beyondblue schools research initiative: conceptual framework and intervention. *Australasian Psychiatry*, 13(2), 159–164. Doi: 10.1111/j.1440-1665.2005.02180.x
- Sprafkin, J., Volpe, R. J., Gadow, K. D., Nolan, E. E. et Kelly, K. (2002). A DSM-IV-referenced screening instrument for preschool children: the Early Childhood Inventory-4. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 604–612. Doi:10.1097/00004583-200205000-00018
- St Clair, M. C., Croudace, T., Dunn, V. J., Jones, P. B., Herbert, J. et Goodyer, I. M. (2014). Childhood adversity subtypes and depressive symptoms in early and late adolescence. *Development and Psychopathology*, 1–15. Doi:10.1017/S0954579414000625

- Stark, K. D. (1990). *Childhood depression: School-based intervention. The Guilford school practitioner series*. New-York: The Guildford Press.
- Steinhausen, H.-C. et Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl. 418), 20–23. Récupéré de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.108.s418.5.x/pdf>
- Sugai, G. et Horner, R. (2002). The evolution of discipline practices: School-wide positive behavior supports. *Child et Family Behavior Therapy*, 24(1-2), 23–50. Doi: 10.1300/J019v24n01_03
- Sutherland, K. S. et Singh, N. N. (2004). Learned helplessness and students with emotional or behavioral disorders: deprivation in the classroom. *Behavioral Disorders*, 29(2), 169–181. Récupéré de <https://www.researchgate.net/publication/234582988>
- Terrisse, B., Larose, F. et Lefebvre, M. (2001). La résilience: facteurs de risque et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire du jeune enfant. *Cahiers du Centre de recherche sur les formes d'éducation et d'enseignement, numéro thématique, École/Famille: Quelles médiations?*, XIV, 129–172. Récupéré de <http://www.unites.uqam.ca/terriss/pdfs/A11.pdf>
- Tourrette, C. et Guidetti, M. (1998). *Introduction à la psychologie du développement. Du bébé à l'adolescent* (2^{ème} éd.). Paris: Armand Colin.
- Tinsley Li, S. et Rogers, S. (2006). Developmental considerations. Dans M. Hersen (dir.), *Practical resources for the mental health professional. Clinician's handbook of child behavioral assessment* (p. 25–61). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Turgeon, L. et Gendreau, P. L. (dir.). (2007). *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.
- Tursz, A. (2001). Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant: l'apport de l'épidémiologie. *Archives de Pédiatrie*, 8(2), 191–203. Doi:10.1016/S0929-693X(00)00185-8
- Tyano, S. et Fleischman, A. (2007). Public Awareness of child and adolescent mental health: a review of the literature. Dans H. Renschmidt, B. Nurcombe, M. L. Belfer, N. Sartorius, et A. Okasha (Eds.), *The mental health of children and adolescents : an area of*

global neglect : a report from the World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Health (pp. 13–26). Chichester: John Wiley et Sons.

Tyler-Merrick, G. et Church, J. (2013). The importance of effective behaviour screening in the early years. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 18(1), 77–87.
Doi:10.1080/13632752.2012.697747

Valla, J.-P. et Bergeron, L. (1997). Quelles sont la fréquence et la distribution des troubles dépressifs et de leurs complications chez l'enfant ? In Fédération française de psychiatrie avec le concours de la société française de pédiatrie (dir.), *Les troubles dépressifs chez l'enfant. Reconnaître, soigner, prévenir, devenir* (p. 77–94). Paris: Frison-Roche.

Vallerand, R. J., Guay, F. et Blanchard, C. (2004). Les méthodes de mesure verbales en psychologie. In R. J. Vallerand et U. Hess (dir.), *Méthodes de recherche en psychologie* (p. 241–284). Charlesbourg, Quebec: Braille Jymico Inc.

Vallerand, R. J., et Hess, U. (dir.). (2004). *Méthodes de recherche en psychologie*. Charlesbourg, Quebec: Braille Jymico Inc.

van der Ende, J. (1999). Multiple informants: Multiple views. In H. M. Koot, Crijnen, Alfons A. et M. R. F. Ferdinand (dir.), *Child psychiatric epidemiology. Accomplishments and future directions* (p. 39–52). Assen, The Netherlands: Van Gorcum.

van Lang, N. D. J., Ferdinand, R. F., Ormel, J. et Verhulst, F. C. (2006). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the Youth Self-Report in a general population sample of young adolescents. *Behaviour research and therapy*, 44(6), 849–860.
Doi:10.1016/j.brat.2005.06.004

Vantalon, V., Gourion, D. et Mouren-Siméoni, M. C. (1999). *Les troubles dépressifs chez l'enfant. Etat des connaissances cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques*. Rueil-Malmaison: Doin.

Véra, L. (2001). *Mon enfant est triste. Comprendre et aider l'enfant déprimé*. Paris: Odile Jacob.

Verrier, P., et Tellier, G. (1999). La pathologie psychosomatique. Dans E. Habimana, L. S. Ethier, D. Petot et M. Tousignant (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (pp. 463–481). Montréal: Gaëtan Morin.

- Vitaro, F., et Gagnon, C. (dir.). (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I. Les problèmes internalisés*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Voyazopoulos, R., Vannetzel, L. et Eynard, L.-A. (2011). *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures: Conférence de consensus : recommandations pour la pratique clinique, méthode et éthique, textes de l'expertise, analyses et témoignages. Les outils du psychologue*. Paris: Dunod.
- Wagner, M., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Epstein, M. H. et Sumi, W. C. (2005). The Children and Youth We Serve: A National Picture of the Characteristics of Students With Emotional Disturbances Receiving Special Education. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(2), 79–96. Doi:10.1177/10634266050130020201
- Wagner, M., Friend, M., Bursuck, W. D., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Sumi, W. C. et Epstein, M. H. (2006). Educating students with emotional disturbances: A national perspective on school programs and services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(1), 12–30. Doi: 10.1177/10634266060140010201
- Waddell, C. et Shepherd, C. (2002). *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth. A Research Update Prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development*. Vancouver: Mental Health Evaluation et Community Consultation Unit Department of Psychiatry, Faculty of Medicine The University of British Columbia. Récupéré de https://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/pdf/02a_cymh.pdf
- Walker, H. M. et Gresham, F. M. (Eds.). (2014). *Handbook of evidence-based practices for emotional and behavioral disorders: Applications in schools*. New-York: The Guildford Press.
- Walker, B. A. (2010). Effective Schoolwide Screening to Identify Students At Risk for Social and Behavioral Problems. *Intervention in School and Clinic*, 46(2), 104–110. Doi:10.1177/1053451210374989
- Weist, M. D., Rubin, M., More, E., Adlesheim, S. et Wrobel, G. (2007). Mental Health Screening in Schools. *Journal of School Health*, 77(2), 53–58. Doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00167.x
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Hoyt-Meyers, L., Magnus, K. B. et Fagen, D. B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban chil-

dren showing resilient versus stress-affected outcomes: a replication and extension. *Child Development*, 70(3), 645–659. Doi: 10.1111/1467-8624.00047

Zoccolillo, M., Tremblay, R. et Vitaro, F. (1996). DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: specific but insensitive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 461–470. Doi:10.1097/00004583-199604000-00012

11. RESUME

L'adage dit qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Il en est de même des troubles émotionnels et comportementaux. La recherche montre que la prévention en amont est plus efficace que toutes interventions en aval lorsque la situation est grave. L'édification d'un outil de dépistage a pour objectif de maximaliser les compétences des enseignants à identifier précocement les manifestations émotionnelles et comportementales en classe afin de favoriser la mise en place d'interventions ciblées aux trois niveaux de prévention chez des enfants âgés de 6 à 12 ans. Les résultats empiriques obtenus dans le cadre de cette thèse ont contribué à l'édification d'un prototype d'outil de dépistage. Il est constitué de 29 items répartis dans deux dimensions : l'indicateur d'adaptation scolaire formé de comportements liés au fonctionnement scolaire et l'indicateur d'adaptation socio-émotionnelle et socio-comportementale composé des manifestations liées aux aspects relationnels, émotionnels et comportementaux. Les résultats de la consistance interne (alpha de Cronbach) des indicateurs sont supérieurs à .8. Les seuils à risque et de signalement ont été établis à partir d'un échantillon normal de 237 sujets. Les résultats de la validité concordante entre l'outil de dépistage et le Teacher Report Form (TRF) sont satisfaisants. Plusieurs répliques à partir de nouveaux échantillons sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Pour ce faire, la validation et la standardisation de l'outil de dépistage se poursuivent à la suite de ce travail de thèse.

Mots-clés :

Troubles émotionnels et comportementaux, dépistage et intervention précoces, outil de dépistage, modèle pyramidal des mesures préventives à trois niveaux,

ANNEXES

Université de Fribourg

Département de Pédagogie Curative et Spécialisée



PROTOTYPE

GRILLE D'OBSERVATION

**DESTINÉE AUX ENSEIGNANTS
POUR LE DEPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES
ÉMOTIONNELS ET COMPORTEMENTAUX
CHEZ LES ENFANTS EN ÂGE SCOLAIRE (6 À 12 ANS)**

Daniela Gäng-Pacífico, Lic. Phil.
Département de Pédagogie Spécialisée - Université de Fribourg
Rue Saint-Pierre-Canisius, 19 - CH-1700 Fribourg
Tél. +41263007714 & Fax +41263009749
E-mail : daniela.gaeng-pacifico@unifr.ch

Table des matières

Table des matières	2
1. Introduction.....	3
1.1. Définitions et Objectifs.....	4
1.2. Population cible.....	5
1.3. Matériel nécessaire à l'administration	5
1.4. Temps de passation	5
2. Administration de l'outil de dépistage.....	6
2.1. Données personnelles de l'enfant.....	6
2.2. Questionnaire de la Grille d'Observation	6
2.3. Transcription des résultats	7
2.4. Interprétation des résultats.....	7
2.5. Propositions d'interventions aux trois niveaux de prévention	8
3. Informations techniques de l'outil de dépistage.....	8
3.1. Normes.....	10
3.2. Fidélité.....	12
3.2.1. Consistance interne.....	12
3.2.2. Test-retest.....	13
3.3. Validité	13
3.3.1. Validité concordante.....	14
3.3.2. Validité prédictive.....	15
3.3.3. Validité de construit.....	16
3.4. Spécificité et sensibilité.....	16

1. Introduction

Pour lutter efficacement contre l'apparition ou la péjoration des troubles émotionnels et comportementaux, la recherche s'accorde sur la nécessité de les dépister et de les signaler le plus précocement possible afin d'octroyer aux enfants à risque et en souffrance des mesures d'aide adaptées (Farrell, 2007 ; Greenberg, 2000 ; Pössel, 2005). Des instruments de dépistage et des moyens de prévention devraient être instaurés dans les écoles primaires le plus tôt possible. L'identification et la prise en charge précoce ont pour but d'empêcher que les élèves manifestant des troubles émotionnels et comportementaux s'engagent dans une trajectoire défavorable (Eklund et al., 2009). Il s'agit d'une alternative au modèle 'wait-to-fail' qui consiste à intervenir seulement lorsque la situation est grave (Glover & Albers, 2007), c'est-à-dire lorsque les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux présentent des dysfonctionnements scolaires tels qu'ils entraînent un échec scolaire ou une exclusion du système scolaire ordinaire. Il va s'en dire que les élèves avec des troubles émotionnels et comportementaux encourent un risque important d'effectuer une scolarité dans l'enseignement spécialisé (Wagner et al., 2006). Les garçons font les frais de ce modèle car ils sont à une large majorité scolarisés dans des structures spécialisées ou thérapeutiques (Gagnon et Leone, 2006). Ces derniers sont plus souvent signalés car ils ont tendance à exprimer leur mal-être par des comportements externalisés et dérangeants pour l'enseignant et les pairs. Les filles sont généralement signalées pour des troubles internalisés (Davis et al., 2011). Contrairement aux garçons, elles sont sous-identifiées et bénéficient de ce fait plus rarement d'une prise en charge thérapeutique (Young, Sabbah, Young, Reiser, et Richardson, 2010). En classe, les troubles émotionnels et comportementaux se manifestent par un fonctionnement scolaire inapproprié, associé à d'importants déficits cognitifs et sociaux (Harrison, Vannest, et Reynolds, 2013). Un grand nombre d'élèves touchés par des problèmes émotionnels et comportementaux risquent d'abandonner l'école avant son terme, avec un niveau en lecture et/ou en math inférieur à celui attendu (Bradley, Doolittle, et Bartolotta, 2008). Selon les études épidémiologiques, les troubles émotionnels et comportementaux concernent 10% à 25% de la population infanto-juvénile. La prévalence d'élèves bénéficiant d'interventions éducatives et/ou thérapeutiques appropriées est plus difficile à connaître. En principe, ce taux se situe très en-dessous des besoins effectifs des enfants et des adolescentes concernés (Wagner, Kutash, Duchnowski, Epstein, et Sumi, 2005). La GRILLE D'OBSERVATION doit donc permettre aux enseignants d'identifier ces troubles émotionnels et comportementaux le plus rapidement possible. Cet outil s'inscrit dans le modèle pyramidal des soutiens pour les élèves souffrant de troubles émotionnels et comportementaux* (Merrell, 2008). L'avantage de ce modèle est que tous les élèves sont concernés par les mesures

préventives : le 80 % d'entre eux qui ne présentent pas de trouble, le 15 % d'entre eux qui est à risque de développer un trouble et le 5 % d'entre eux qui est à risque de présenter le trouble. De ce fait, même les élèves qui ne sont généralement pas dépistés en raison de problèmes plus internalisés peuvent bénéficier d'aide.

Les mesures à instaurer au niveau de la prévention primaire s'adressent à tous les élèves et visent à favoriser le développement de leurs compétences socio-affectives au même titre que leurs compétences cognitives et scolaires (Mooij & Smeets, 2009). La prévention secondaire est nécessaire lorsque certains élèves manifestent des problèmes émotionnels et comportementaux pas assez graves pour être signalés en psychologie scolaire, mais dont les mesures universelles ne sont plus suffisantes. Dans ce contexte, il est nécessaire d'apporter un soutien spécialisé à l'élève, à l'enseignant et aux écoles. Il peut s'agir d'interventions ciblées qui répondent aux besoins spécifiques de l'élève en souffrance et/ou de l'enseignant. La prévention tertiaire s'adresse aux 5 % d'élèves qui ont un trouble émotionnel et comportemental avéré. Cette mesure d'intervention intervient principalement lorsque les troubles ont un impact défavorable sur le développement de l'enfant et son environnement. La prise en charge peut être thérapeutique ou médicamenteuse (Evans et al., 2014), elle vise principalement l'élève en souffrance et sa famille. L'utilisation de la GRILLE D'OBSERVATION se situe entre les deux premiers niveaux de prévention. Elle peut servir tant au dépistage universel qu'à un dépistage ciblé en vue d'un signalement en psychologie scolaire.

1.1. Définitions et Objectifs

Les troubles émotionnels et comportementaux se caractérisent par des excès ou des déficits comportementaux qui peuvent être :

- **Externalisés** : déficit de l'attention avec et sans hyperactivité, troubles oppositionnels avec provocation ou troubles des conduites ;
- **Internalisés** : troubles anxieux ou troubles de l'humeur.

Le but d'un outil de dépistage à l'usage des enseignants est de leur permettre de maximiser leur capacité à identifier précocement les troubles émotionnels et comportementaux. La fonction de cet instrument est d'évaluer des comportements et des attitudes observables qui traduisent des déficits de fonctionnement chez des enfants, âgés de 6 à 12 ans. Le public cible de la GRILLE D'OBSERVATION est constitué d'enfants qui, selon l'absence ou la présence de troubles émotionnels et comportementaux, ont des besoins en prévention différents. En effet, selon les scores obtenus à la GRILLE D'OBSERVATION, les enfants peuvent bénéficier d'interventions spécifiques à chacun des trois niveaux de prévention.

1.2. Population cible

Enfants âgés de 6 à 12 ans scolarisés de la 3ème à la 6ème Harmos. Pour compléter la GRILLE D'OBSERVATION, l'enseignant doit connaître l'enfant depuis 3 à 4 mois au moins. L'évaluation se fonde sur l'observation des comportements et des attitudes manifestées en classe par l'élève présentement et au cours des trois à six derniers mois

1.3. Matériel nécessaire à l'administration

Le cahier de la GRILLE D'OBSERVATION composé de cinq parties qui sont à compléter par l'utilisateur, à savoir :

- A. Les données personnelles de l'enfant.
- B. Le questionnaire qui est composé d'une liste de 29 items à évaluer sur une échelle de Lickert et de trois questions binaires (oui et non).
- C. Le tableau de transcription des résultats.
- D. Les tableaux d'interprétation des résultats : garçons et filles séparés.
- E. Propositions de compléments d'évaluation et propositions d'interventions adaptées aux trois niveaux de prévention.

Chaque partie est décrite et expliquée au point II.

1.4. Temps de passation

Il faut compter entre 20 et 30 minutes pour compléter l'entier du cahier.

Tableau 1. Temps approximatif nécessaire à l'administration de chaque partie de la GRILLE D'OBSERVATION

	Temps approximatif
A. Les données personnelles de l'enfant	5 minutes
B. Les 2 questionnaires : <ul style="list-style-type: none">• 29 items• 3 questions binaires	10 à 15 minutes
C. La transcription des résultats	5 à 10 minutes
D. L'interprétation des résultats	
E. Propositions d'évaluation et d'interventions aux 3 niveaux de prévention	

2. Administration de l’outil de dépistage

Le développement de la GRILLE D’OBSERVATION s’est fait sur l’agencement de données théoriques et statistiques. Deux passations du questionnaire auprès des enseignants de la 3^{ème} à la 4^{ème} Harnos ont été nécessaires pour aboutir à la constitution de la version définitive de la GRILLE D’OBSERVATION. Il se compose de cinq parties distinctes : les données personnelles de l’enfant, le questionnaire de l’outil de dépistage, la transcription des résultats, l’interprétation des résultats et des propositions d’interventions aux trois niveaux de prévention. L’enseignant remplit les 5 parties du cahier qui composent l’outil de dépistage.

2.1. Données personnelles de l’enfant

La première partie des données sociodémographiques sont les informations générales de l’enfant : nom – prénom – date de naissance – nationalité – niveau scolaire - redoublement. La seconde partie des données informe sur les conditions de vie familiales. La psychopathologie développementale contextualise les troubles émotionnels et comportementaux tant dans le processus développemental que dans l’environnement de l’enfant. Le changement de la structure familiale (divorce, deuil, concubinage ou remariage d’un parent) est reconnu pour fragiliser de manière ponctuelle ou continue l’état émotionnel de l’enfant (Cohen et al., 1997). En général, la situation familiale a une implication directe sur l’endroit de résidence de l’enfant. Le sentiment de sécurité de l’enfant peut se trouver précarisé ou perturbé selon où il vit. Une fratrie nombreuse dans un milieu social précaire est un facteur de risque qui favorise l’émergence de troubles comportementaux (Garmezy et Masten, 1994). La profession des deux parents informe sur le niveau socio-économique de la famille, sachant que la précarité financière peut contribuer au développement ou à la péjoration des troubles (Mooij et Smeets, 2009 ; Terrisse et al., 2001). La troisième partie des données renseigne sur les prises en charge éducatives et thérapeutiques dont bénéficieraient déjà l’enfant et qui pourraient être un facteur explicatif de la présence, de l’apparition ou de la persistance d’un trouble.

L’enseignant complète l’entier des données personnelles avant de commencer l’évaluation des manifestations des troubles émotionnels et comportementaux.

2.2. Questionnaire de la Grille d’Observation

Cette partie est composée de deux questionnaires. Le premier est constitué des 29 items les plus performants issus de deux mises à l’essai. Ces items se répartissent dans deux dimensions : 1) Indicateur d’adaptation scolaire (15 items) ; 2) Indicateur d’adaptation socio-

affective et socio-comportementale (14 items). L'enseignant répond en se fondant sur le comportement actuel de l'élève ou sur le comportement observé au cours des trois derniers mois. Les comportements sont évalués sur une échelle de Lickert qui comprend 4 niveaux de réponse possible : « **jamais (à ma connaissance)** » ; « **parfois** » ; « **souvent** » ; « **tout le temps** ». **Il est important de donner une réponse pour tous les comportements décrits.** Si certains n'apparaissent pas chez l'élève ou l'enseignant n'en a pas connaissance, il coche « **jamais (à ma connaissance)** ».

Le deuxième questionnaire est constitué de trois items représentant des comportements extrêmes, à savoir : "L'enfant menace/a menacé de se suicider", "l'enfant s'auto-agresse et/ou s'automutile (se scarifie, se griffe, se coupe, s'arrache les cheveux ou les cils)", "L'enfant consomme des produits toxiques, des drogues ou de l'alcool". Lors de la première passation, ces trois items n'ont jamais été cotés par les enseignants. Ils ont tout de même été inclus dans la GRILLE D'OBSERVATION car ils représentent des comportements traduisant un trouble sévère. Lorsqu'ils se manifestent chez l'enfant, ils nécessitent une prise en charge rapide. Ces trois items ne sont pas évalués sur une échelle de Lickert, ils requièrent juste un acquiescement lorsqu'ils sont observés chez l'enfant et nécessitent un signalement dans les plus brefs délais aux parents et en psychologie scolaire. Ce deuxième questionnaire ne rentre pas dans la transcription et l'interprétation des résultats.

2.3. Transcription des résultats

Une fois le premier questionnaire complété les résultats doivent être transcrits dans deux tableaux selon que l'item appartient à l'indicateur d'adaptation scolaire ou à l'indicateur d'adaptation socio-affective et socio-comportementale.

L'enseignant doit retranscrire les réponses cochées dans le tableau en respectant l'emplacement du questionnaire. Les items 7, 12, 15, 20, 23, 27, 28 et 25 sont inversés raison pour laquelle leur cotation a également été inversée. Le nombre coché doit être reporté dans la colonne score. Pour obtenir un score total brut, les résultats de chaque indicateur sont additionnés afin de parvenir à deux sous-totaux qui sont, à leur tour, additionnés. Le score total brut peut varier de 29 à 116. Il doit être reporté dans un nouveau tableau afin d'être transformé en T-score dans le but de permettre l'interprétation du résultat final.

2.4. Interprétation des résultats

Une fois le score brut calculé, il est transformé en T-score à l'aide d'un des tableaux ci-dessous selon que l'élève testé est un garçon ou une fille. Cette interprétation est liée aux procédures de dépistage et aux interventions à apporter selon les trois niveaux de préven-

tion. La prévention primaire concerne le 80 % des élèves qui ne présentent pas de troubles, les T-scores se situent entre 27 et 59. La prévention secondaire est prévue pour le 15 % des élèves à risque de développer des troubles émotionnels et comportementaux. Les T-scores du seuil à risque se situent entre 60 et 69. La prévention tertiaire touche le 5 % des élèves qui présentent des troubles émotionnels et comportementaux. Les T-scores du seuil de signalement se situent entre 70 et 97. Une fois le T-score établi et les besoins en prévention identifiés, il est nécessaire de se référer à la section suivante de la GRILLE D'OBSERVATION pour connaître les différentes interventions ou les différents soutiens pouvant être proposés aux élèves. L'enseignant reporte le score brut dans le tableau correspondant selon que l'enfant testé est un garçon ou une fille. Suivant la couleur de la zone où se situe le T-score, il met en place des interventions adaptées aux besoins de l'enfant. Des propositions d'interventions et d'évaluation sont suggérées dans la section suivante selon les trois niveaux de prévention.

2.5. Propositions d'interventions aux trois niveaux de prévention

Cette dernière section de la GRILLE D'OBSERVATION propose des évaluations complémentaires et des interventions préventives aux trois niveaux de prévention en lien avec le T-score obtenu par l'élève testé. Dans le cadre de la prévention primaire et secondaire, la mise en place d'interventions universelles et ciblées est considérée comme une maximalisation des facteurs de protection scolaires. Ces derniers sont reconnus pour avoir une incidence sur la réussite scolaire et favoriser une trajectoire développementale optimale. La prévention tertiaire vise à guérir les troubles qui sont déjà installés par une prise en charge thérapeutique individualisée. L'enseignant a la possibilité de mettre en place des interventions adaptées aux besoins de l'élève et aux siens, ainsi que de compléter l'identification par d'autres mesures d'évaluations.

3. Informations techniques de l'outil de dépistage

Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'analyse factorielle après avoir forcé l'extraction des facteurs à deux composantes. En bas du tableau, figurent les règles des valeurs propres, la variance après rotation et l'alpha de Cronbach pour chaque indicateur. Une analyse qualitative a été effectuée, les items de chaque dimension sont confrontés aux fondements théoriques. Cette dernière révèle une cohérence entre le contenu de l'item et les résultats statistiques. Cette version du questionnaire est utilisée pour fixer le seuil à risque des enfants susceptibles de développer des troubles émotionnels et comportementaux.

Tableau 2. Version définitive du questionnaire de la Grille d'Observation

N°	contenu	Indicateurs		Indice de difficulté des Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Analyse qualitative des items
		Adaptation scolaire (15)	Adaptation socio-affective et socio-comportementale (14)				
3	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage en lecture	.857		.33	.635	.923	✓
28	L'enfant est lent dans ses apprentissages	.817		.33	.770	.918	✓
30	L'enfant a des difficultés de mémorisation	.816		.26	.720	.920	✓
9	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou un apprentissage	.767	.301	.27	.774	.918	✓
35	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire	.727	.362	.38	.775	.918	✓
18	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages	.720	.431	.32	.787	.917	✓
12	L'enfant est désorganisé dans son travail	.649	.498	.28	.739	.919	✓
1	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires	.645		.20	.635	.923	✓
23	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif	.631	.315	.42	.667	.921	✓
32	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite	.618		.50	.597	.924	✓
16	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge	.577		.25	.532	.925	✓
20	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement	.560	.436	.47	.650	.922	✓
19	L'enfant dévalonise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait	.487		.18	.473	.926	✓
5	L'enfant est capable de prendre des décisions	.483		.26	.425	.928	✓
8	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge	.468		.81	.362	.930	✓
22	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades		.825	.15	.691	.872	✓
6	L'enfant est irritable		.805	.14	.693	.872	✓
2	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis		.759	.19	.655	.873	✓
15	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs		.735	.13	.648	.875	✓
21	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée		.661	.27	.622	.874	✓
11	L'enfant est triste, malheureux	.356	.653	.15	.655	.873	✓
26	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe		.650	.12	.617	.876	✓

Tableau 2 (suite).

N°	contenu	Indicateurs		Indice de difficulté des Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Analyse qualitative des items
10	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place)		.636	.20	.571	.877	✓
34	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires	.434	.612	.17	.623	.872	✓
14	L'enfant est accablé	.462	.606	.14	.698	.873	✓
27	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance)	.402	.534	.18	.620	.875	✓
29	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres		.462	.30	.383	.886	✓
24	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes		.388	.25	.368	.885	✓
13	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe		.332	.45	.365	.885	✓
	Règles des valeurs propres	7.591	6.796				
	Pourcentage de la variance	26.176	23.436				
	Total de la variance expliquée		49.612				
	Alpha de Cronbach	.927	.885				

3.1. Normes

Les scores des seuils à risque et de signalement sont le résultat d'une procédure statistique effectuée sur un échantillon normal de 237 sujets (122 garçons et 115 filles). La taille de l'échantillon par genre est supérieure à 100, limite à l'applicabilité des normes (American Educational Research Association, 1999). Les seuils à risque et de signalement de la GRILLE D'OBSERVATION sont établis séparément pour les garçons et les filles, en raison des différences dues au genre dans l'apparition et l'évolution des troubles émotionnels et comportementaux. Le seuil à risque a été établi à partir d'un écart-type (+10) au-dessus de la moyenne (50) et le seuil de signalement a été instauré à deux écart-types (+20) au-dessus de la moyenne (50).

Tableau 3. Etablissement des seuils à risque et de signalement des garçons

Scores bruts	T-scores	Scores bruts	T-scores
29	27	51	55
30	28	52	56
31	30	53	57
32	32	54	58
33	33	55	59
34	35	56	1σ 60
35	36	57	61
36	38	58	62
37	39	59	63
38	1σ 40	60	63
39	42	61	64
40	43	62	65
41	44	63	66
42	45	64	67
43	47	65	67
44	48	66	68
45	49	67	69
46	0 50	68	2σ 70
47	51	69	70
48	52	70	71
49	53	71	72
50	54	72	73

Tableau 4. Etablissement des seuils à risque et de signalement des filles

Scores bruts	T-scores	Scores bruts	T-scores
29	31	51	58
30	32	52	59
31	34	53	59
32	35	54	1σ 60
33	37	55	61
34	38	56	62
35	1σ 40	57	63
36	41	58	64
37	42	59	65
38	44	60	65
39	45	61	66
40	46	62	67
41	47	63	68
42	48	64	68
43	0 50	65	69
44	51	66	2σ 70
45	52	67	71
46	53	68	71
47	54	69	72

Tableau 4 (suite).

Scores bruts	T-scores	Scores bruts	T-scores
48	55	70	73
49	56	71	73
50	57	72	74

3.2. Fidélité

La fidélité d'un outil de dépistage se mesure à la constance des résultats obtenus (Bernaud, 2007). Un questionnaire d'évaluation fiable et précis est capable de mesurer approximativement les mêmes caractéristiques chez un individu à chaque passation et ses résultats ne sont pas influencés par les conditions au moment de son application. Le concept de fidélité se réfère donc à la stabilité présumée, à la cohérence et à la reproductibilité des scores obtenus par une personne donnée lorsqu'elle est soumise à l'administration d'un ensemble d'items à des occasions différentes (American Educational Research Association, 1999; Anastasi, 1994). Pour qu'un instrument d'évaluation soit considéré comme fiable, il doit présenter une stabilité temporelle et une consistance interne satisfaisante, et avoir de bonnes capacités de reproductibilité.

Trois méthodes ont été choisies pour évaluer la fidélité de la GRILLE D'OBSERVATION :

- Consistance interne (Cronbach's alpha of $\geq .80$) : l'instrument doit pouvoir évaluer le construit pour lequel il a été conçu.
- Test-retest : l'instrument doit démontrer une bonne consistance dans le temps (corrélation des scores lors des deux passations).

3.2.1. Consistance interne

L'alpha de Cronbach (α) évalue l'homogénéité et la corrélation des items entre eux dans une même dimension en calculant la valeur du coefficient de corrélation entre chaque item et le score global (Anastasi, 1994; Bouvard, 2008; McIntire & Miller, 2007). Ce coefficient de corrélation est adapté pour évaluer la consistance des items dans des échelles de types Likert.

La consistance interne a été réalisée avec un échantillon de 355 élèves (190 garçons et 165 filles), âgés de 6 à 12 ans et scolarisés de la 3^{ème} à la 6^{ème} Harnos.

Les alphas de Cronbach des deux facteurs sont de .927 et .885. Comme ils sont supérieurs à .75, les facteurs présentent une bonne homogénéité. A l'analyse des coefficients de discrimination, 12 des 15 items du premier indicateur et 11 des 14 items du second sont supérieurs à .5, ces items ont donc un bon pouvoir de discrimination. Les trois items restants de chaque dimension se situent entre .3 et .5 ; leur capacité à discriminer est considérée

comme modérée. Les alphas de Cronbach en cas de suppression de l'élément sont considérés comme homogènes. Il n'est pas nécessaire de supprimer un item pour améliorer l'alpha de Cronbach général. Au vu des résultats des alphas de Cronbach et des coefficients de discrimination, il est possible d'affirmer que ces deux sous-échelles de la Grille d'Observation ont une consistance interne acceptable.

Tableau 5. Résultats de l'alpha de Cronbach et coefficient de discrimination

Indicateur scolaire			Indicateur socio-émotionnel		
Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément	Items	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
1	.635	.923	2	.655	.873
3	.808	.917	6	.693	.872
5	.425	.928	10	.571	.877
8	.362	.930	11	.655	.873
9	.774	.918	13	.365	.885
12	.739	.919	14	.698	.873
16	.532	.925	15	.648	.875
18	.787	.917	21	.622	.874
19	.473	.926	22	.691	.872
20	.650	.922	24	.368	.885
23	.667	.921	26	.617	.876
28	.770	.918	27	.620	.875
30	.720	.920	29	.383	.886
32	.597	.924	34	.683	.872
35	.775	.918	Nombres d'éléments		14
Nombres d'éléments		15	Alpha de Cronbach		.883
Alpha de Cronbach		.927			

3.2.2. Test-retest

La fidélité par test-retest consiste à évaluer la constance et la précision des résultats dans le temps lors de la répétition de la mesure pour un même échantillon (Anastasi, 1994). Il s'agit de comparer la stabilité de la mesure au temps 1 et 2. L'intervalle entre les deux passations varie en fonction du type d'instrument et du construit qu'il mesure (Frick et al., 2010; McIntire & Miller, 2007). Un coefficient de fidélité du test-retest qui s'approche de 1.0 démontre une grande stabilité du questionnaire (Frick et al., 2010).

3.3. Validité

L'objectif de la validité est de préciser ce que l'outil dépistage mesure et avec quel degré d'exactitude il le fait (Anastasi, 1994). Un questionnaire d'évaluation n'est pas valide dans l'absolu, il l'est par rapport aux objectifs visés par ses concepteurs (Bernaud, 2007; Laveault & Grégoire, 2002). Elle est estimée en comparant l'instrument à une valeur de référence (Bouvard, 2008). Trois types de validités sont utilisés pour démontrer la corrélation de la GRILLE D'EVALUATION avec d'autres mesures.

- Validité concordante : l'instrument doit être comparé à un autre instrument de mesure déjà validé (les deux mesures sont effectuées en même temps).
- Validité prédictive : positive (un enfant avec un score élevé figure bien dans le groupe cible ou clinique) et négative (un enfant avec un score bas figure dans le groupe contrôle ou normal).
- Validité de construit : analyse factorielle confirmatoire.

3.3.1. Validité concordante

L'analyse de corrélation consiste à comparer les T-scores de la Grille d'Observation et ceux du Teacher Report Form (TRF, Achenbach et Rescola, 2001) afin de vérifier le niveau de corrélation entre eux. La validité est concordante si les deux instruments évaluent le même construit. Plus le résultat est élevé, soit proche de 1, plus la relation entre les deux instruments est élevée (Epstein et al., 2002). La relation entre les deux instruments est mesurée par un coefficient de corrélation.

La consistance interne a été réalisée avec un échantillon de 355 élèves (190 garçons et 165 filles), âgés de 6 à 12 ans et scolarisés de la 3^{ème} à la 6^{ème} Harmos.

Les résultats des corrélations montrent que toutes les corrélations sont significatives avec p qui est inférieur à .001. Pour chaque groupe, il y a une forte corrélation entre les T-scores du TRF et ceux de la Grille d'Observation ($r = .748, .681, .618, .785$; $p < .001$). Ces résultats indiquent que les deux instruments mesurent le même construit. Il faut toutefois considérer ces résultats avec précaution car les scores du TRF ont servi à constituer les groupes normaux et les groupes cliniques pour établir les T-scores de la Grille d'Observation. Il va s'en dire que la mesure de la relation entre les deux outils est forcément influencée par les opérations statistiques effectuées pour établir les seuils à risque et de signalement. Pour avoir des résultats des corrélations objectifs, il est nécessaire d'effectuer ces analyses avec de nouvelles données. De ce fait, l'évaluation de la validité concordante à partir de ces tests est purement indicative.

Tableau 6. Analyses de corrélation entre les T-scores de la Grille d'Observation et du TRF

Groupe normal-garçons : N 122			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Corrélation de Pearson	r	1	.748**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Corrélation de Pearson	r	.748**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	
Groupe clinique-garçons : N 68			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Coefficient de corrélation (Rho de Spearman)	r	1	.681**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Coefficient de corrélation (Rho de Spearman)	r	.681**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	
Groupe normal filles : N 115			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Corrélation de Pearson	r	1	.618**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Corrélation de Pearson	r	.618**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	
Groupe clinique filles : N 50			T-Scores Grille d'Observation	T-Scores TRF
T-Scores GO	Corrélation de Pearson	r	1	.785**
	Sig. (unilatérale)	p		.000
T-Scores TRF	Corrélation de Pearson	r	.785**	1
	Sig. (unilatérale)	p	.000	

Note : La corrélation est significative au niveau 0.01 (unilatéral).

3.3.2. Validité prédictive

La validité prédictive se réfère au degré de corrélation entre les scores obtenus par l'instrument en cours d'évaluation et la mesure du même construit recueillie ultérieurement (Frick et al., 2010). Dans ce cas de figure, il s'agit d'évaluer la qualité de prédiction de l'échelle d'évaluation, le critère évalué est la mesure du comportement prédit (Laveault & Grégoire, 2002). Tout comme la validité concurrente, la validité prédictive est significative lorsque les scores des deux mesures prises distinctement corrélerent entre eux. Ces deux

types de validité se distinguent l'une de l'autre par l'intervalle temporel entre les passations (Bagner et al., 2006). Pour la validité concourante, l'administration des instruments se fait en même temps alors que pour la validité prédictive, la passation des outils d'évaluation au même groupe d'enfants est différée de deux, trois ou six mois selon le construit évalué (Frick et al., 2010).

3.3.3. Validité de construit

Pour la validité de construit d'instruments psychométriques ou pour la vérification de la correspondance d'une structure factorielle empirique avec un modèle théorique, une analyse factorielle confirmatoire devrait être privilégiée (Bourque et al., 2006). « L'analyse factorielle confirmatoire est particulièrement utile pour confirmer dans le cadre d'une seconde étude une structure factorielle déjà obtenue dans une première étude » (Vallerand et al., 2004, p. 273). L'analyse factorielle confirmatoire se réalise dans le prolongement de l'analyse factorielle exploratoire et peut servir à vérifier la validité de construit.

3.4. Spécificité et sensibilité

Le but de l'outil de dépistage est d'identifier des enfants susceptibles de présenter des troubles émotionnels et comportementaux. De ce fait, il doit posséder une bonne sensibilité, soit la capacité d'identifier les vrais positifs (la part d'enfants dépistés comme ayant le trouble), ainsi qu'une bonne spécificité, soit la capacité d'identifier les vrais négatifs (la part d'enfants dépistés comme n'ayant pas de trouble) (Frick et al., 2010). La spécificité et la sensibilité sont évaluées grâce à la courbe ROC (*Receiver Operator Characteristic*) qui est la représentation graphique de la relation existante entre la sensibilité et la spécificité d'un test calculée pour toutes les valeurs seuils possibles (Delacour et al., 2005). Comme le signifient ces auteurs, la construction de la courbe ROC nécessite l'utilisation d'un logiciel de calcul spécialisé. Cette méthode a l'avantage de répartir l'échantillon en quatre groupes distincts : vrais positifs – vrais négatifs – faux positifs – faux négatifs et de déterminer si l'instrument de dépistage est capable d'identifier les enfants qui doivent être signalés et pris en charge. Une sensibilité et une spécificité trop faibles indiquent que la capacité de dépistage de l'instrument est insuffisante.

Université de Fribourg
Département de Pédagogie Curative et Spécialisée



UNIVERSITÉ DE FRIBOURG
UNIVERSITÄT FREIBURG

PROTOTYPE

GRILLE D'OBSERVATION

DESTINÉE AUX ENSEIGNANTS
POUR LE DEPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES
ÉMOTIONNELS ET COMPORTEMENTAUX
CHEZ LES ENFANTS EN ÂGE SCOLAIRE (6 À 12 ANS)

Daniela Gäng-Pacífico, Lic. Phil.
Institut de Pédagogie Curative - Université de Fribourg
Rue Saint-Pierre-Canisius, 19 - CH-1700 Fribourg
Tél. +41263007714 & Fax +41263009749
Email : daniela.gaeng-pacifico@unifr.ch

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
A. DONNEES PERSONNELLES	3
B. QUESTIONNAIRES	4
C. TRANSCRIPTION DES RESULTATS	6
D. INTERPRETATION DES RESULTATS	7
E. PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS AUX TROIS NIVEAUX DE PREVENTION	9

PROTOTYPE

A. DONNEES PERSONNELLES

Cette première partie du questionnaire dresse une description générale de la situation de l'enfant. Ces informations sociodémographiques informent sur le contexte personnel et familial de l'enfant.

Nom et prénom	_____		
Genre	<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille		
Date de naissance	_____._____.20____		
Nationalité	_____		
Niveau scolaire			
<i>Veillez indiquer dans quelle année se trouve l'enfant.</i>	(1)	3H	<input type="checkbox"/>
	(2)	4H	<input type="checkbox"/>
	(3)	5H	<input type="checkbox"/>
	(4)	6H	<input type="checkbox"/>
Redoublement d'une année scolaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<i>Veillez indiquer l'année qu'il a redoublé.</i>	(1)	3H	<input type="checkbox"/>
	(2)	4H	<input type="checkbox"/>
	(3)	5H	<input type="checkbox"/>
	(4)	6H	<input type="checkbox"/>
	(5)	Autre	<input type="checkbox"/>
Situation familiale de l'enfant			
<i>Veillez indiquer le statut des parents.</i>	(1)	En couple	<input type="checkbox"/>
	(2)	Divorcé-e	<input type="checkbox"/>
	(3)	Veuf-ve	<input type="checkbox"/>
	(4)	Famille recomposée	<input type="checkbox"/>
<i>Le changement est-il survenu récemment ?</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Résidence de l'enfant			
<i>Veillez indiquer l'endroit où l'enfant réside la majeure partie du temps.</i>	(1)	Il vit avec ses deux parents	<input type="checkbox"/>
	(2)	Il vit (principalement) chez sa mère	<input type="checkbox"/>
	(3)	Il vit (principalement) chez son père	<input type="checkbox"/>
	(4)	Il vit chez un autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>
	(5)	Il vit en foyer ou en famille d'accueil	<input type="checkbox"/>
	(6)	Autre	<input type="checkbox"/>
Fratric de l'enfant			
<i>Veillez indiquer si l'enfant a des frères et sœurs (ou demi-frères et demi-sœurs compris).</i>	(1)	Enfant unique	<input type="checkbox"/>
	(2)	Un à trois frères et sœurs	<input type="checkbox"/>
	(3)	Quatre frères et sœurs ou plus	<input type="checkbox"/>
	(4)	Autre	<input type="checkbox"/>
Profession du père et de la mère	_____ _____		
Prise-s en charge spécialisée ou/et thérapeutique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<i>Veillez indiquer laquelle/lesquelles des prises en charge.</i>	(1)	MCDI	<input type="checkbox"/>
	(2)	SPS	<input type="checkbox"/>
	(3)	Logopédie	<input type="checkbox"/>
	(4)	Psychomotricité	<input type="checkbox"/>
	(5)	Psychologie	<input type="checkbox"/>
	(6)	Autre appui	<input type="checkbox"/>
<i>Veillez préciser le diagnostic ou la raison de la prise en charge si vous les connaissez.</i>	_____		

B. QUESTIONNAIRE

La GRILLE D'OBSERVATION évalue différents types de difficultés reconnus pour évoluer en troubles émotionnels et/ou comportementaux. Le questionnaire ci-dessous contient une liste de comportements et/ou d'attitudes susceptibles d'être manifestés ou exprimés en classe. Répondez en vous fondant sur le comportement actuel de l'élève et/ou sur le comportement observé au cours des trois derniers mois. Il y a 4 niveaux de réponse possible au questionnaire :

- « **jamais** (à ma connaissance) » ;
- « **parfois** » ;
- « **souvent** » ;
- « **tout le temps** ».

Il est important de donner une réponse pour tous les comportements décrits. Si certains n'apparaissent pas chez l'élève ou vous n'en avez pas connaissance, cochez « **jamais (à ma connaissance)** ».

	Items	Jamais (à ma connaissance)	parfois	souvent	tout le temps
1	L'enfant présente des difficultés d'apprentissage (en lecture, en expression écrite/orale ou en mathématiques).				
2	L'enfant agresse et/ou insulte ses camarades.				
3	L'enfant a du mal à rester tranquille (bouge beaucoup et ne tient pas en place).				
4	L'enfant présente des comportements perturbateurs en classe.				
5	L'enfant se sent soit nul (impuissance) soit invincible (surpuissance).				
6	L'enfant est irritable.				
7	L'enfant manifeste des attentes quant à ses résultats scolaires. Il n'a pas de peine à envisager la réussite.				
8	L'enfant est la cible de moqueries et/ou d'agression de la part de ses pairs.				
9	L'enfant dévalorise son travail scolaire, il n'est jamais satisfait de ce qu'il fait.				
10	Les difficultés d'attention et de concentration de l'enfant ont une incidence sur ses apprentissages.				
11	L'enfant manifeste un sentiment d'impuissance lorsqu'il doit effectuer une tâche ou un apprentissage.				
12	L'enfant est précoce dans l'acquisition des apprentissages en rapport avec son âge.				
13	L'enfant est triste, malheureux.				
14	L'enfant exprime des peurs, des craintes et des inquiétudes.				
15	L'enfant est autonome et indépendant dans la réalisation de son travail scolaire.				
16	L'enfant est accablé.				
17	L'enfant a des attitudes bizarres. Il se comporte de manière étrange et inadaptée en classe.				

Items	Jamais (à ma connaissance)			
	parfois	souvent	tout le temps	
18	L'enfant a une baisse injustifiée de ses performances scolaires.			
19	L'enfant a des difficultés de mémorisation.			
20	Les apprentissages (cognitifs, moteurs ou sociaux) réalisés par l'enfant sont en rapport avec son âge.			
21	Les difficultés sociales de l'enfant perturbent significativement ses activités scolaires.			
22	L'enfant est facilement blessé émotionnellement, il a une sensibilité exacerbée.			
23	L'enfant exploite tout son potentiel cognitif.			
24	L'enfant est désorganisé dans son travail.			
25	Dans l'interaction, l'enfant est capable d'attendre son tour pour parler et n'interrompt pas les autres.			
26	L'enfant se plaint de difficultés relationnelles avec ses camarades, il n'a pas ou peu d'amis.			
27	L'enfant fait preuve de persévérance face à une tâche plus complexe, il n'abandonne pas facilement.			
28	L'enfant est capable de prendre des décisions.			
29	L'enfant est lent dans ses apprentissages.			

Cochez « oui » ou « non » selon qu'un ou plus de ces trois comportements est présent.

Comportements extrêmes		Oui	Non
A	L'enfant menace/ a menacé de se suicider.		
B	L'enfant s'auto-agresse et/ou s'automutile (se scarifie, se griffe, se coupe, s'arrache les cheveux ou les cils, etc.).		
C	L'enfant consomme des produits toxiques, des drogues ou de l'alcool		
<i>Si l'enfant manifeste l'un de ces trois comportements extrêmes, il doit être signalé aux parents et au service de psychologie scolaire dans les plus brefs délais.</i>			

C. TRANSCRIPTION DES RESULTATS

Veillez retranscrire les réponses cochées dans le tableau ci-dessous et reporter le chiffre coché dans la colonne score. Additionnez le sous-total de chaque dimension et reportez-le dans le second tableau pour obtenir le score brut total.

Indicateur d'adaptation scolaire						Indicateur d'adaptation socio-émotionnelle et socio-comportementale					
N° de l'item	Jamais (à ma connaissance)	parfois	souvent	tout le temps	Score	N° de l'item	Jamais (à ma connaissance)	parfois	souvent	tout le temps	Score
1	1	2	3	4		2	1	2	3	4	
7*	4	3	2	1		3	1	2	3	4	
9	1	2	3	4		4	1	2	3	4	
10	1	2	3	4		5	1	2	3	4	
11	1	2	3	4		6	1	2	3	4	
12*	4	3	2	1		8	1	2	3	4	
15*	4	3	2	1		13	1	2	3	4	
18	1	2	3	4		14	1	2	3	4	
19	1	2	3	4		16	1	2	3	4	
20*	4	3	2	1		17	1	2	3	4	
23*	4	3	2	1		21	1	2	3	4	
24	1	2	3	4		22	1	2	3	4	
27*	4	3	2	1		25*	4	3	2	1	
28*	4	3	2	1		26	1	2	3	4	
29	1	2	3	4							
Sous-total dimension I						Sous-total dimension II					

*Les items 7, 12, 15, 20, 23, 27, 28 et 25 sont inversés raison pour laquelle leur cotation est également inversée.

	Score
Sous-total dimension I	
Sous-total dimension II	
Score brut total	

D. INTERPRETATION DES RESULTATS

Reportez le score brut dans le tableau correspondant selon que l'enfant testé est un garçon ou une fille. Suivant la couleur de la zone où se situe le T-score, mettez en place les interventions adaptées aux besoins de l'enfant. Des propositions d'interventions et de soutiens sont suggérées dans la section suivante selon les trois niveaux de prévention.

GRILLE D'OBSERVATION SEUIL A RISQUE ET DE SIGNALEMENT :							
GARÇONS – 6 A 12 ANS							
Score brut	T-score	Score brut	T-score	Score brut	T-score	Score brut	T-score
29	27	51	55	73	73	95	87
30	28	52	56	74	74	96	87
31	30	53	57	75	75	97	88
32	32	54	58	76	75	98	88
33	33	55	59	77	76	99	89
34	35	56	1 σ 60	78	77	100	89
35	36	57	61	79	77	101	90
36	38	58	62	80	78	102	90
37	39	59	63	81	79	103	91
38	1 σ 40	60	63	82	79	104	91
39	42	61	64	83	80	105	92
40	43	62	65	84	80	106	92
41	44	63	66	85	81	107	93
42	45	64	67	86	82	108	93
43	47	65	67	87	82	109	94
44	48	66	68	88	83	110	94
45	49	67	69	89	83	111	94
46	0 50	68	2 σ 70	90	84	112	95
47	51	69	70	91	84	113	95
48	52	70	71	92	85	114	96
49	53	71	72	93	85	115	96
50	54	72	73	94	86	116	97

80 % des élèves ne présentant pas de troubles émotionnels et comportementaux : prévention primaire

15 % des élèves à risque de présenter des troubles émotionnels et comportementaux : prévention secondaire

5 % des élèves présentent des troubles émotionnels et comportementaux : prévention tertiaire

GRILLE D'OBSERVATION SEUIL À RISQUE ET DE SIGNALLEMENT : FILLES – 6 À 12 ANS							
Score brut	T-score	Score brut	T-score	Score brut	T-score	Score brut	T-score
29	31	51	58	73	75	95	87
30	32	52	59	74	75	96	88
31	34	53	59	75	76	97	88
32	35	54	1 σ 60	76	77	98	89
33	37	55	61	77	77	99	89
34	38	56	62	78	78	100	90
35	1 40	57	63	79	78	101	90
36	41	58	64	80	79	102	91
37	42	59	65	81	80	103	91
38	44	60	65	82	80	104	92
39	45	61	66	83	81	105	92
40	46	62	67	84	81	106	92
41	47	63	68	85	82	107	93
42	48	64	68	86	82	108	93
43	0 50	65	69	87	83	109	94
44	51	66	2 σ 70	88	84	110	94
45	52	67	71	89	84	111	95
46	53	68	71	90	85	112	95
47	54	69	72	91	85	113	95
48	55	70	73	92	86	114	96
49	56	71	73	93	86	115	96
50	57	72	74	94	87	116	97

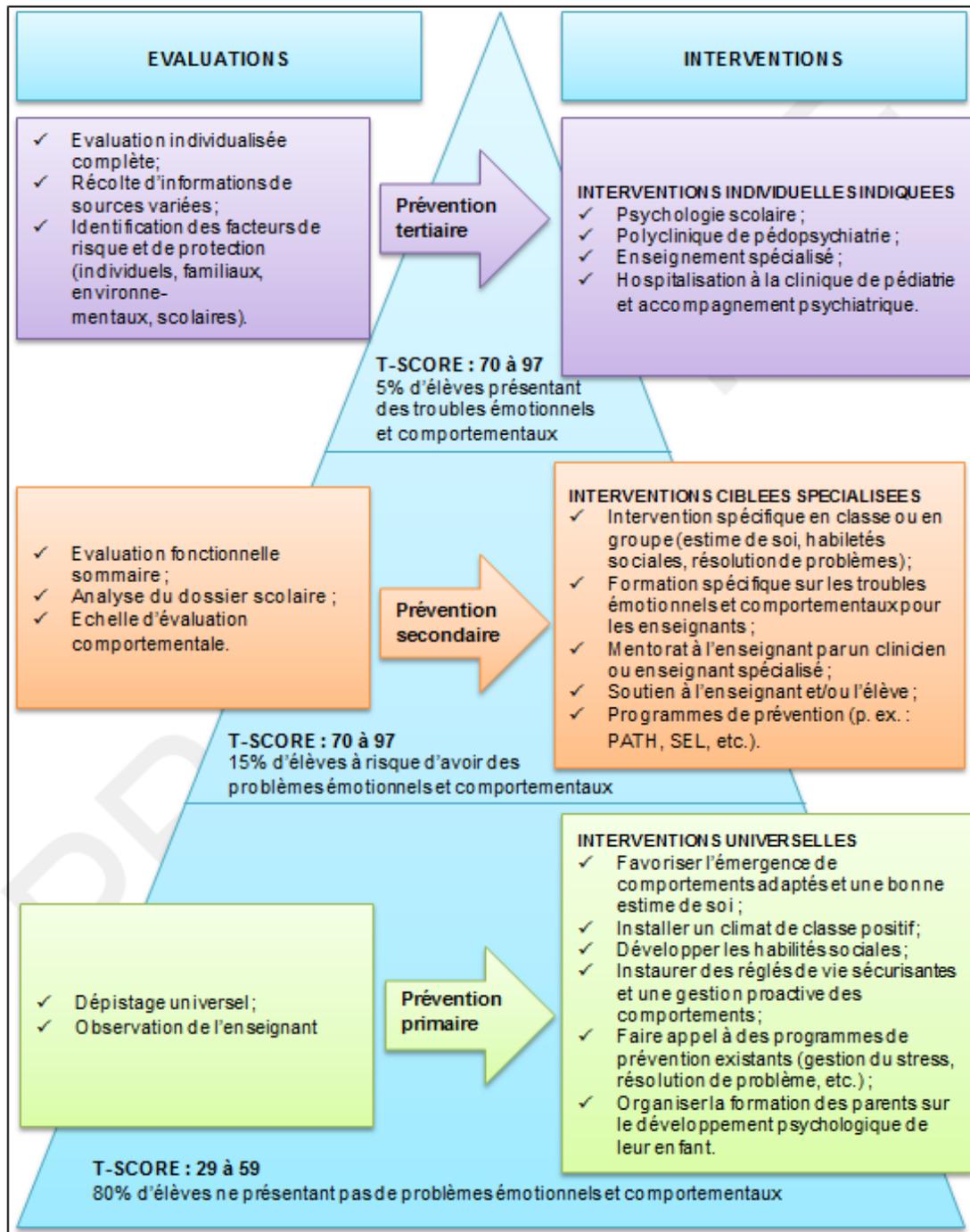
80 % des élèves ne présentant pas de troubles émotionnels et comportementaux : prévention primaire

15 % des élèves à risque de présenter des troubles émotionnels et comportementaux : prévention secondaire

5 % des élèves présentent des troubles émotionnels et comportementaux : prévention tertiaire

E. PROPOSITIONS D'INTERVENTIONS AUX TROIS NIVEAUX DE PREVENTION

Mettre en place des interventions adaptées aux besoins de l'enfant et compléter l'identification des troubles émotionnels et comportementaux par d'autres mesures d'évaluation selon les trois niveaux de prévention.



CURRICULUM VITAE

DANIELA GÄNG-PACIFICO

5.08.1967, Grandson (VD), Suisse

Bureau

Département de pédagogie spécialisée

St-Pierre Canisius 19 # 136

1700 Fribourg

+41/26'300'77'14

daniela.gaeng-pacifico@unifr.ch

Fonction actuelle

2011 – actuel Lectrice : MA en pédagogie spécialisée/enseignement spécialisé
Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg

Formations

2008 – 2016 Thèse de Doctorat : « *Identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants en âge scolaire (6 à 12 ans) : Prototype d'un outil de dépistage destiné aux enseignants* » (Supervisée par Prof. Gérard Bless), dépôt mars 2016.

Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg

2008 - 2011 Postdiplôme de formation continue Did@cTIC en Enseignement Supérieur et en Technologie de l'Education.

Centre de didactique universitaire, Université de Fribourg

2007 Licence en Lettres, pédagogie curative et différentielle, langue et culture hébraïque (équivalence Master).

Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg

2002 Diplôme en pédagogie curative : enseignement spécialisé.

Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg

1996 Maturité fédérale (cours du soir), Gymnase de la Cité, Lausanne

1986

Diplôme d'assistante médicale, Ecole Panorama, Lausanne

Expériences académiques et professionnelles

2008 – 2011	Assistante diplômée : MA en pédagogie spécialisée/enseignement spécialisé, Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2006 – 2008	Collaboratrice scientifique : MA en pédagogie spécialisée/enseignement spécialisé, Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2004 – 2008	Enseignante spécialisée, soutien intégré en classe ordinaire pour enfants avec déficience intellectuelle légère à moyenne, difficultés d'apprentissage (80%, puis 30%), CESG, Service d'intégration, Romont
2002 – 2004	Enseignante spécialisée, enfants en difficultés psychiques, de l'école infantine à la 5P, Centre thérapeutique de jour, Fribourg
2001 – 2002	Stage final, enfants en difficultés psychiques, sous la supervision de Mme Françoise Jobin Neuhaus, Centre thérapeutique de jour, Fribourg
1999	Stage préalable, troubles du langage et de comportements, sous la supervision de Mme Antoinette Porchet Nanchen, Fondation de l'école du Château de Carrouge, Moudon
1986 – 1998	Assistante médicale, Cabinets médicaux à Genève et à Lausanne

Intérêts de recherche

- Dépistage et intervention précoce des troubles émotionnels et comportementaux dans les écoles
- Gestion des troubles émotionnels et comportementaux en classe.
- Scolarisation des enfants avec des troubles d'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, haut potentiel, etc.)
- Scolarisation des enfants migrants et issus de l'immigration

Publications et conférences

Gäng-Pacífico, D. Identification précoce des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants en âge scolaire (6 à 12 ans) : prototype d'un outil de dépistage destiné aux enseignants. Workshops, Congrès suisse de pédagogie spécialisée, 2 septembre 2015.

Pacífico, D. (2013). L'interview école : Troubles de l'humeur et troubles d'apprentissage à l'école primaire. *Entre 2 Pôles* 6, 6 -8.

Pacífico, D., et Alvarez, L. (2012). L'influence des facteurs scolaires sur les troubles émotionnels et comportementaux. *Revue suisse de pédagogie spécialisée* 6 (2), 41-48.

Pacífico, D. *Grille d'observation à l'usage des enseignants pour le dépistage des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants âgés de 6 à 12 ans scolarisés en classe primaire*. Workshops, Congrès suisse de pédagogie spécialisée, 2 septembre 2011.

Pacífico, D. *Facteurs de risque et de protection chez des enfants présentant des difficultés émotionnelles et comportementales*. Workshops, Congrès suisse de pédagogie spécialisée, 2 septembre 2011.

Pacífico, D. (2010). *Troubles de l'humeur et troubles d'apprentissage à l'école primaire. Quels liens et quelles conséquences sur la scolarité de l'élève*. Sarrebruck : Editions Universitaires Européennes.

Pacífico, D. et Gyger, P.-Y. (2009). *Projet d'aide à la scolarisation (PAS). Projet conjoint aux établissements scolaires d'Aigle, Ollon, Bex et la Fondation Monneresse*. Lausanne : (rapport final) SESAF.

Squillaci Lanners, M., Lanners, R. et Pacífico, D. (2011). *L'intégration des élèves à besoins particuliers. Quelles demandes en formation des enseignants spécialisés et non spécialisés ?* Questionnaires envoyées en janvier 2009. Les résultats ont été présentés au sous-groupe de travail n°10 dans le cadre de la mise en place de la RPT. Rapport définitif.

Pacífico, D. : *Troubles de l'humeur chez l'enfant et l'adolescent*. Conférence plénière, CO du Belluard, Fribourg, 3 février 2009.

Pacifico, D. : *Troubles de l'humeur et troubles d'apprentissage chez l'enfant à l'école primaire*. Conférence plénière, HEP Fribourg, 26 novembre 2008.

Expériences d'enseignement à l'université

2012 – actuel	Evaluation en enseignement spécialisé : (cours de MA) Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2012 – actuel	Enfant migrant : (cours de MA) Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2011 – actuel	Méthodologie d'intervention en enseignement spécialisé : (cours de MA) Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2006 – actuel	Séminaire d'analyse de pratique en enseignement ordinaire : supervision, analyse clinique de vidéo, visite de stage (cours de MA). Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2006 – actuel	Séminaire d'analyse de pratique en enseignement spécialisé : supervision, analyse clinique de vidéo, visite de stage (cours de MA). Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2006 – actuel	Examen Final (cours de MA). Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg
2008	Echec scolaire chez l'enfant migrant (cours-bloc) Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg

Projets

2008 - 2009	Cheffe de projet « aide à la scolarisation » (intégration), Fondation de la Monneresse à Aigle <ul style="list-style-type: none">▪ Elaboration et conceptualisation des aspects théoriques et pratiques du projet d'intégration.▪ Mise en place du projet d'intégration dans les établissements scolaires d'Aigle, Bex et Ollon▪ Suivi de l'équipe pédago-thérapeutique.▪ Rédaction du rapport final à l'attention du SESAF (Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation du canton de Vaud), <i>Projet d'aide à la scolarisation</i>, 2009, avec la collaboration de P.-Y., Gyger.
-------------	--

2008 – 2009 Participation au sous-groupe de travail n°10 « Concept et formation »
liés à la RPT, Service de l'enseignement spécialisé et des mesures
d'aide, Fribourg

Formation continue

Gäng-Pacífico, D. Gestion efficace des problèmes émotionnels et comportementaux. Fribourg : Eglise évangélique réformée du canton de Fribourg, service cantonal de la formation, septembre 2016.

Gäng-Pacífico, D. L'évaluation des troubles/difficultés d'apprentissage et présentation d'un outil de dépistage des troubles émotionnels et comportementaux. La Chaux-de-Fonds : HEP-BEJUNE, février 2016.

Gäng-Pacífico, D. L'impact des troubles émotionnels et comportementaux en classe. Fribourg : HEP, juillet 2015.

Pacífico, D. La mise en projet. Fribourg : HEP, février-mars 2014.

Langues

Français – italien (langues maternelles)

Anglais (C1)

Allemand (B1)

Hébreu (A2)

« Je déclare sur mon honneur que ma thèse est une œuvre personnelle, composée sans concours extérieur non autorisé, et qu'elle n'a pas été présentée devant une autre Faculté. »

15 février 2016

Daniela Gäng-Pacifico