

Évaluation du retard de développement

Lignes directrices



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

Groupe de travail

Marie-Catherine Auclair-Julien, ps.éd., CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

Marc Lanovaz, Ph. D., Université de Montréal

Claude Paquette, ps.éd., OPPQ

Sylvie Pelletier, ps.éd., Hôpital Sainte-Justine

Ghitza Thermidor, ps.éd., Hôpital Rivière-des-Prairies

Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd., OPPQ

Consultations

Thérèse Besnard, Ph. D., ps.éd., Université de Sherbrooke

Marie-Christine Harguindeguy-Lincourt, ps.éd., CASIOPE

Thiên Trinh Nguyễn, ps.éd., CSSS Pierre-Boucher

Jocelyne Pronovost, Ph. D., ps.éd., Université du Québec à Trois-Rivières

TABLE DES MATIÈRES

1. But des présentes lignes directrices	3
2. Le projet de loi n° 21	4
3. Précisions sur l'activité réservée	6
4. Le développement de l'enfant : état des connaissances	9
➤ Un développement, plusieurs sphères	9
➤ Le développement : un processus global	10
➤ Le retard de développement	11
5. L'évaluation psychoéducative d'un enfant qui présente des indices de retard de développement	14
➤ Recueillir de l'information sur l'histoire familiale et le développement de l'enfant	15
➤ L'évaluation critériée à partir d'observations représentatives	15
➤ L'évaluation normative à l'aide d'instruments de mesure standardisés reconnus valides	16
6. Considérations éthiques et cliniques	18
➤ La compétence du psychoéducateur	18
➤ La collaboration parentale	18
➤ La diversification des sources d'information	19
➤ L'interprétation clinique	19
➤ Les limites et la portée de l'évaluation	19
➤ La contribution particulière du psychoéducateur	19
Références	21

1. But des présentes lignes directrices

L'objectif du présent document est de recommander aux psychoéducateurs des pratiques d'évaluation du retard de développement fondées sur les plus récentes connaissances, en lien avec leur champ d'exercice et leurs compétences. Sans avoir la portée d'une obligation, ces lignes directrices doivent être comprises comme faisant partie des règles de l'art de la profession.

Ce document s'adresse aux psychoéducateurs, mais également aux gestionnaires qui, dans les différents milieux, ont à constituer des équipes de travail interdisciplinaires. À cette fin, une meilleure compréhension du rôle du psychoéducateur leur sera utile. Une équipe multidisciplinaire qui travaille en interdisciplinarité compte sur l'apport particulier de chaque professionnel. Elle peut de cette façon tirer avantage d'une mise en commun qui servira une compréhension globale de la situation de la personne et permettra de proposer des objectifs d'intervention mieux ciblés.

Ces lignes directrices viennent s'ajouter à d'autres documents proposés par l'Ordre, qui offrent des repères au psychoéducateur pour baliser sa pratique, notamment les lignes directrices sur l'évaluation psychoéducative de la personne et le guide de pratique en santé mentale jeunesse.

2. Le projet de loi n° 21

Adopté par le gouvernement du Québec en juin 2009, le projet de loi n° 21 (PL 21) se propose de faire, dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, l'équivalent de ce que le projet de loi n° 90 faisait en 2002 pour le domaine de la santé, c'est-à-dire moderniser la pratique professionnelle pour tenir compte de l'évolution et des besoins de la société. À cet effet, le PL 21 agit de trois façons :

- Il révisé la définition des champs d'exercice afin qu'ils décrivent les pratiques professionnelles du 21^e siècle;
- Il réserve un certain nombre d'activités qui s'avèrent préjudiciables auprès de clientèles particulièrement vulnérables;
- Il encadre la pratique de la psychothérapie.

Des descriptions actualisées de la pratique du travailleur social, du thérapeute conjugal et familial, du psychologue, du conseiller d'orientation et du psychoéducateur sont insérées dans le Code des professions. Chacun des champs d'exercice se voit aussi attribuer des activités communes liées à l'information, à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, à la prévention du suicide, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités (Office des professions du Québec, 2012).

Principe inexistant jusqu'alors dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, le PL 21 introduit la notion de *réserve* à certains actes exercés par les membres des ordres professionnels visés. En effet, après analyse des activités rattachées à la pratique de ces professionnels, il s'est avéré que certains actes devaient être réservés en raison du risque de préjudice lié à leur réalisation ainsi que des compétences nécessaires et des connaissances exigées pour les exercer (Office des professions du Québec, 2005). Les activités qui font appel à des compétences détenues par plus d'une profession sont partagées.

Les quatre critères qui suivent ont servi à déterminer les activités qui nécessitaient d'être réservées :

- le risque de préjudice;
- la formation liée au degré de complexité que comportent les activités, critère sous-tendant que seules les personnes ayant les compétences pour accomplir une activité sont habilitées à le faire;
- les clientèles vulnérables;
- les contextes particuliers.

Pour les psychoéducateurs, sept activités répondent à ces critères :

1. Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.
2. Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.
3. Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.
4. Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établis-

sement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

5. Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la *Loi sur l'instruction publique*.
6. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.
7. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*.

Sous la direction de l'Office des professions du Québec, un guide explicatif unique a été rédigé par les ordres visés par le projet de loi, afin d'aider à la fois les employeurs et les professionnels à comprendre le sens et la portée des activités réservées. Le *Guide explicatif* (Office des professions, 2012) précise les champs d'exercice de chaque profession visée de même que les activités désormais réservées. Un lexique propose des définitions et des notions afin d'éviter des interprétations divergentes pouvant devenir des sources de mésentente. À titre d'exemple, il est facile de concevoir que le concept d'évaluation peut avoir un sens différent selon les milieux et les pratiques mises en place au fil du temps.

Une section du guide est réservée à l'encadrement de la psychothérapie. Celle-ci y est définie et les conditions de délivrance du permis de psychothérapeute, de même que les obligations pour les détenteurs d'un tel permis, y sont présentées. La distinction entre la psychothérapie et les interventions qui n'en sont pas s'y retrouve également.

3. Précisions sur l'activité réservée

Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Cette activité est partagée par les professionnels suivants : audiologiste, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste, psychoéducateur, psychologue et travailleur social dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Cette évaluation doit être réalisée le plus tôt possible dans la trajectoire développementale de l'enfant afin d'augmenter les chances de réduire l'effet de certains facteurs de risque comme la sous-stimulation et de détecter les problèmes en émergence. Compte tenu du jeune âge de l'enfant et de sa trajectoire développementale difficilement prévisible, la réalisation de cette évaluation peut nécessiter de mettre en commun des expertises diverses.

Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

L'Ordre publiait en 2008 le *Guide d'évaluation psychoéducative* venant établir des lignes directrices concernant l'évaluation de la personne faite par le psychoéducateur. Le modèle d'évaluation proposé est constitué de trois parties dont les éléments sont étroitement liés :

- L'historique du problème, les facteurs de risque et de protection liés :
 - facteurs individuels
 - facteurs familiaux et autres soutiens sociaux
 - facteurs liés aux autres milieux de vie
 - facteurs sociétaux
- Le fonctionnement adaptatif de la personne lié à la situation problématique dans les interactions individu-milieu :
 - potentiel adaptatif de l'individu
 - manifestations observables
 - potentiel expérientiel du milieu
 - caractéristiques des situations auxquelles la personne est exposée
- Le jugement clinique posé à partir du bilan des capacités et difficultés adaptatives :
 - nature et sévérité de la situation problématique
 - incidence dans la vie de l'individu et de l'entourage
 - conséquences sur la trajectoire développementale

De son côté, le *Guide explicatif* du PL 21 vient définir ce qui est entendu par le terme *évaluation* :

L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif (p.27).

Par ailleurs, la détection, le dépistage et l'appréciation du développement global d'un enfant d'âge préscolaire ne sont pas des activités réservées.

- La **détection** consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risque dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices.
- Le **dépistage** vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes.
- L'**appréciation** est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments.

Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Cette activité concerne l'enfant qui n'est pas encore admissible à la maternelle, y compris celui de quatre ans qui ne fréquente pas un programme préscolaire en fonction des critères du Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire. Selon l'article 12, est admissible à l'éducation préscolaire :

- l'élève qui a atteint l'âge de 5 ans avant le 1^{er} octobre de l'année scolaire en cours et dont les parents ont fait la demande;
- l'élève **handicapé** ou l'élève vivant en **milieu économiquement faible** qui a atteint l'âge de 4 ans avant le 1^{er} octobre de l'année scolaire en cours et dont les parents ont fait la demande.

C'est le ministre de l'Éducation qui établit la liste des commissions scolaires qui peuvent admettre ces élèves vivant en milieu économiquement faible et qui précise les conditions d'admission de ceux-ci.

*Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et **qui présente des indices de retard de développement** dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.*

Cette évaluation vise les enfants chez qui la présence d'**indices** de retard de développement a été observée et qui peuvent se manifester dans une ou plusieurs sphères de leur développement. Selon le *Guide explicatif* du PL 21, un écart observé

dans la façon d'accomplir une activité qui situerait l'enfant **hors des limites considérées normales pour son âge** constitue un indice de retard de développement.

*Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement **dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.***

Les bonnes pratiques psychoéducatives veulent qu'une évaluation soit entreprise avant de planifier l'intervention. Cette évaluation vise à définir le problème et à faire le bilan des difficultés et des capacités adaptatives aussi bien de l'individu que du milieu, et à évaluer la nature, la gravité et les répercussions du problème actuel sur la trajectoire développementale de l'enfant.

La présente activité d'évaluation se distingue dans sa finalité. Elle vise d'abord à identifier les services d'adaptation ou de réadaptation à offrir, ce qui s'accorde bien avec les compétences du psychoéducateur, principalement en rôle-conseil. Outre des services en psychoéducation, la notion de services de réadaptation ou d'adaptation prend en considération l'ensemble des ressources pouvant être utiles non seulement à l'enfant, mais aussi à ses parents, par exemple :

- l'orientation et l'intégration en service de garde au moyen de la mesure de soutien à l'intégration pour enfants handicapés;
- la demande auprès de la Régie des rentes du Québec (RRQ), par les parents, du supplément pour enfant handicapé ou au fédéral de la subvention du même type;
- la demande auprès du centre de santé et de services sociaux (CSSS) d'un soutien à la famille et de stimulation précoce pour l'enfant;
- la demande de subvention auprès de fondations qui peuvent permettre aux enfants l'accès à des services (répit, camps familiaux, suivi en orthophonie ou ergothérapie, achat de matériel, etc.);
- l'orientation vers un centre de réadaptation (CR), si l'enfant présente un retard global de développement;
- l'orientation vers un partenaire du réseau communautaire pour du soutien à la famille et des interventions en stimulation précoce;
- le cas échéant, l'orientation vers un pédiatre, un centre jeunesse ou un centre hospitalier (CH), pour une évaluation plus approfondie.

Bien que ce ne soit pas attendu dans le contexte de cette activité réservée, le psychoéducateur pourra compléter ses recommandations par l'analyse des conséquences du retard de développement sur l'adaptation de l'enfant et proposer l'élaboration d'un plan d'intervention avec toutes les parties concernées.

4. Le développement de l'enfant : état des connaissances

Les premières années d'un enfant constituent une période chargée de plusieurs défis développementaux. Dans un temps relativement court, l'enfant fera l'acquisition de nombreuses compétences et connaissances qui serviront de base à son développement et à son adaptation future. Il devrait acquérir certaines habiletés socioaffectives, cognitives, langagières et communicationnelles, physiques et motrices, de même que le niveau d'autonomie qui lui sera nécessaire pour amorcer sa scolarisation (Hanvey, 1996 ; Doherty, 1997 ; Ladd, 2006 ; Mckenzie, 2009).

Un développement, plusieurs sphères

Le développement de l'enfant est un processus global qui fait appel à plusieurs dimensions de manière simultanée. Ces dimensions ou sphères se développent à des degrés divers, selon les apprentissages de l'enfant et les activités auxquelles il s'adonne (Bouchard et Fréchette, 2009 ; Grenier et Leduc, 2008 ; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], 2011).

- *Les sphères affective et sociale*

Chez le jeune enfant, le sentiment de sécurité est au cœur de la sphère affective, laquelle fait référence au tempérament et au développement de la connaissance de soi et des autres. L'enfant acquiert son estime de lui-même et devient capable de contrôler ses gestes et ses émotions, de même que de gérer les frustrations et les délais.

La sphère sociale, quant à elle, renvoie à la qualité des interactions que l'enfant entretient avec son entourage, en débutant par la qualité d'attachement qu'il va établir avec ses parents et sa fratrie, suivie des relations qu'il nouera avec les adultes et avec les pairs. L'empathie est en plein développement. Sont également en apprentissage les habiletés sociales que sont la résolution des conflits, les comportements prosociaux et la coopération.

- *La sphère cognitive*

Il s'agit de la capacité de l'enfant à appréhender et à comprendre son milieu. Selon son âge, cette sphère de développement s'observera à partir de la capacité d'imiter, de se représenter, d'établir des liens de cause à effet, d'anticiper les événements, de catégoriser des éléments selon leur propriété commune, de résoudre des problèmes, d'exprimer sa créativité et enfin de comprendre des concepts de plus en plus complexes tels que les couleurs, les formes, le volume, le poids, l'espace, le temps et la quantité.

Cette sphère inclut également l'acquisition des connaissances générales, de la prélecture et prénumération, des fonctions exécutives, de la mémoire, de la qualité du jeu et des capacités d'apprentissage.

- *La sphère langagière et communicationnelle*

L'acquisition de la conscience phonologique et du langage représente un apprentissage fondamental de la petite enfance. L'enfant passera graduellement de la communication non verbale aux mots isolés, jusqu'à la capacité de créer des énoncés de plus en plus complexes. Aussi bien les aspects réceptifs qu'expressifs seront appelés à évoluer : l'évocation lexicale, la compréhension des consignes, la reconnaissance des mots, etc. Selon son âge, il produira des cris et des gestes en réponse aux stimulations et discrimînera les contrastes entre les groupes de sons. Plus tard, il devrait pouvoir suivre et en-

trétenir une conversation, s'amuser à des jeux de langage, exprimer des demandes et des justifications avec un vocabulaire varié. Il devrait être en mesure de reproduire la majorité des sons et être compris par un étranger. Il est à noter que le bilinguisme présent chez beaucoup de familles immigrantes apporte des défis particuliers dans l'acquisition du langage pour certains enfants.

- *La sphère physique, sensorielle et motrice*

Cette sphère regroupe les besoins physiologiques, physiques, sensoriels et moteurs de l'enfant. Elle comprend les habiletés motrices (locomotion, agilité, endurance, réflexes, équilibre, latéralité) qui incluent la motricité globale (lever la tête, se tourner, s'asseoir, ramper, marcher, courir, grimper, etc.) et la motricité fine (la coordination motrice bilatérale, la préhension, la manipulation, le dessin, le découpage, la préécriture, etc.).

- *La sphère de l'autonomie adaptative*

Cette dernière sphère de développement se rapporte à la capacité qu'a l'enfant de répondre à ses besoins par lui-même, comme par exemple assurer son hygiène personnelle, s'habiller et s'alimenter. L'entraînement à la propreté est aussi une phase clé dans le développement des tout-petits. Le désir de faire par lui-même est souvent frustré par sa capacité réelle à faire les choses souhaitées. Les risques qui accompagnent ces essais nécessitent un encadrement adéquat qui mène souvent l'enfant à l'inévitable « phase du non ».

Le développement : un processus global

Bien que présentées ainsi séparément, ces sphères de développement s'influencent l'une l'autre. De nombreuses recherches ont démontré que la stimulation des différents sens du bébé dès sa naissance influe directement sur le développement de son système nerveux et de son fonctionnement cognitif (Bonnier, 2008 ; Hadders-Algra, 2011). En outre, l'acquisition de nouvelles habiletés motrices aura un effet sur le degré de curiosité et l'engagement dans l'exploration, lequel aura à son tour une incidence sur le développement des habiletés cognitives. L'enfant nourrira ainsi un plus grand sentiment de confiance en lui, ces nouvelles habiletés favorisant la résolution de problèmes et, par le fait même, le développement d'une plus grande tolérance à l'attente et aux frustrations.

Par ailleurs, une plus grande maîtrise du langage augmentera chez l'enfant l'habileté à communiquer ses besoins et à établir de réels échanges avec ses pairs, l'incitant à concevoir des stratégies de résolution de conflits plus socialement acceptables (Tremblay et Japel, 2003). La qualité et le degré de complexité du jeu sont d'une grande importance puisque le développement des compétences sociales se fait également beaucoup par son intermédiaire. Les enfants qui arrivent à établir des relations positives avec leurs pairs et qui s'engagent auprès de ces derniers vont apprendre d'eux aussi bien sur le plan cognitif que sur le plan social (Dumas, LaFrenière, Capuano et Durning, 1997).

Enfin, la maîtrise de son comportement représente certainement un défi de taille pour l'enfant d'âge préscolaire. Au cours de cette période, il devra apprendre à retenir ou à inhiber ses réactions physiques devant quelque chose de plaisant, à tolérer de plus longs délais ainsi que des frustrations de toutes sortes. Il commencera également à faire preuve de souplesse dans ses comportements.

L'acquisition de ces différentes habiletés va permettre à l'enfant d'âge préscolaire de décoder son environnement, d'en comprendre le fonctionnement, d'y évoluer et de contribuer à le modifier. Par conséquent, au terme de cette période préscolaire, l'enfant

maîtrise plusieurs habiletés alors qu'il a acquis la base de certaines autres. Selon son rythme, il a été amené à relever les défis développementaux liés à ce stade.

Bien que la perspective théorique développementale détermine des périodes de développement normatives, elle reconnaît qu'il existe des différences individuelles ou des variations d'âge dans l'acquisition de certaines habiletés.

Chez certains enfants par contre, le développement de ces habiletés tarde considérablement, allant au-delà des variations individuelles généralement acceptées. Dans certains cas, ces retards sévères sont attribués à des causes physiques visibles ; on parle alors davantage de déficits permanents, de handicaps ou de troubles particuliers. Pour la majorité des enfants présentant des retards de développement, aucune cause biologique ne peut être déterminée de façon évidente (MELS, 2011). Il semble alors difficile, voire impossible de statuer sur le caractère permanent ou transitoire des retards observés et du potentiel développemental ultérieur de ces enfants (Shevell et *al.*, 2003).

Le retard de développement

Plusieurs théories considèrent le développement de l'enfant comme étant le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de l'enfant et celles de son milieu. Certaines mettent l'accent sur l'un ou l'autre de ces pôles, tandis que d'autres insistent sur leur influence réciproque.

La plupart des développementalistes adoptent cette perspective interactionniste pour expliquer les différences individuelles ou les retards dans l'acquisition d'habiletés. Ils croient que les forces environnementales et la maturation physiologique s'influencent mutuellement. Le développement est vu comme une suite de modifications bidirectionnelles des interactions entre les événements, les personnes et leur environnement (Sameroff, 1993). Le développement de l'enfant est la résultante de transactions entre l'enfant, son environnement social et les personnes qui en prennent soin. Dans ce modèle transactionnel, des facteurs peuvent augmenter (facteurs de risque) ou réduire (facteurs de protection) la probabilité de causer un ou des troubles de développement (Landy et Tam, 1998). Par conséquent, l'interaction entre les facteurs de risque personnels, familiaux et environnementaux aurait une incidence sur la qualité du développement de l'enfant⁸.

- Les facteurs de risque personnels comprennent les complications périnatales, le sexe de l'enfant (les garçons présentent plus de risque que les filles), un tempérament difficile, les handicaps, les maladies chroniques, les déficits cognitifs et le sentiment d'incompétence sociale.
- Les facteurs de risque familiaux ou interpersonnels incluent la dépression des parents, la présence de dépendance ou de criminalité, la mésentente conjugale, la violence familiale, la faible scolarité des parents, les difficultés à établir un lien d'attachement important, la qualité de stimulation offerte par le milieu familial et le jeune âge de la mère au premier enfant.
- Les facteurs de risque environnementaux ou contextuels comprennent l'isolement social, la pauvreté, la piètre qualité de l'environnement social ou la présence d'événements stressants.

⁸ Voir Bigras, Lemay et Tremblay (2012) pour une recension à jour des facteurs de risque selon les sphères de développement.

Quant aux facteurs de protection, ils font appel aux caractéristiques de compétence et englobent les facteurs qui exercent un rôle positif sur l'adaptation. Ils permettent aux individus de résister avec succès à des conditions désavantageuses ou du moins d'en atténuer les effets. S'il semble difficile de contrer les facteurs de risque, il est possible de tabler sur le développement des facteurs de protection.

Certains facteurs de protection sont liés à la résilience des retards de développement (Trudel et Puentes-Neuman, 2000). L'encouragement à l'autonomie, l'entraînement à la résolution de problèmes, la possibilité de vivre des succès à son niveau, la capacité à demander de l'aide pour répondre à ses besoins, l'accès à des adultes significatifs qui l'acceptent inconditionnellement et un environnement prévisible, chaleureux, mais présentant des limites bien définies sont autant d'éléments pouvant contrer la présence de facteurs de risque ou favoriser les enfants présentant des retards de développement à l'âge préscolaire.

L'approche basée sur les facteurs de risque est avant tout descriptive. Elle n'explique pas comment ces facteurs agissent sur l'apparition et le maintien des retards de développement. La façon dont ces facteurs interagissent les uns avec les autres est loin d'être parfaitement comprise. Il est tout de même reconnu que certains facteurs de risque se trouvent augmentés ou réduits selon qu'ils sont combinés à d'autres facteurs de risque ou de protection ou qu'ils touchent un individu plus ou moins vulnérable. Par exemple, Colin et Desrosiers (1989) observent que les enfants les plus vulnérables (petit poids à la naissance, prématurité, tempérament difficile) établissent plus difficilement un lien d'attachement mère-enfant empreint de sécurité, sont plus à risque de subir de mauvais traitements et, par conséquent, des retards de développement, ce qui accentue leur vulnérabilité. En abordant le retard de développement sous l'angle des facteurs de risque, il faut garder à l'esprit que :

- ces différents facteurs interagissent entre eux. Ils produisent ou sont le produit d'effets transactionnels complexes et encore mal compris;
- l'influence de ces facteurs dépend du moment où ils agissent ainsi que de la durée de leur présence;
- leurs effets peuvent être différents selon qu'ils touchent des garçons ou des filles. Ces facteurs de risque ont tendance à s'accumuler. Un facteur propre à tel stade développemental peut également amplifier les risques des phases subséquentes (Dumas, 2002).

L'approche des facteurs de risque n'est pas sans rappeler le modèle psychoéducatif du fonctionnement adaptatif de la personne, dans la relation entre le potentiel adaptatif (PAD) et le potentiel expérientiel (PEX). Ce modèle soutient que le développement de l'enfant est influencé à la fois par ses caractéristiques biologiques, son environnement immédiat et le contexte physique, socioéconomique et culturel plus large dans lesquels il vit. Tous ces contextes sont étroitement liés et s'influencent mutuellement.

Le retard global de développement se définit par un retard significatif (deux écarts-types sous la moyenne avec un outil normalisé ou son équivalent) dans au moins deux sphères de développement (Shevell et al., 2003). Par ailleurs, un enfant sera considéré vulnérable dans un domaine de développement particulier s'il se situe sous le 10^e percentile de la distribution d'un échantillon de référence (Desrosiers, Tétréault et Bonin, 2012).

Qu'il soit considéré comme présentant une vulnérabilité ou un retard global de développement, l'enfant est habituellement jugé à risque d'éprouver d'éventuels problèmes pour son adaptation future, notamment dans le milieu scolaire. Il sera donc souvent dirigé vers des ressources spécialisées ou encore vers des programmes de stimulation précoce. Les interventions proposées alors s'inscrivent généralement dans le contexte de la prévention secondaire et visent la préparation à la scolarisation.

Toutefois, il ne suffit pas de stimuler l'enfant pour bien le préparer aux défis qui l'attendent à l'école. Il importe de ne pas oublier tous les autres facteurs favorables à son développement, notamment dans le but d'avoir une action concertée qui s'inscrit dans une continuité : l'échange d'information entre les parents, les éducatrices du milieu de garde antérieur et l'enseignante de maternelle ; l'amélioration des conditions de vie ; le soutien aux parents, etc. Cela est d'autant plus important si l'enfant présente des indices de retard de développement. L'absence d'une vision globale et d'une concertation des intervenants risque de compromettre l'efficacité des interventions et l'accès aux services nécessaires.

5. L'évaluation psychoéducative d'un enfant qui présente des indices de retard de développement

Il est important d'amorcer le plus tôt possible le processus d'évaluation de l'enfant dont les comportements préoccupent ses parents et les intervenants en petite enfance, ou de celui qui semble se développer de façon atypique. Le psychoéducateur fait partie des professionnels qui remplissent une fonction essentielle à cet égard. Selon la nature des indices de difficultés observés, le psychoéducateur aura à choisir entre une évaluation globale du développement de l'enfant ou encore une évaluation plus particulière. Dans le but de prévenir des problèmes à plus long terme, il devrait enclencher une démarche d'évaluation pour permettre de reconnaître, de façon précoce, les enfants qui pourraient bénéficier d'une stimulation accrue dans une ou plusieurs sphères de leur développement (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010).

La démarche d'évaluation réalisée par le psychoéducateur doit témoigner des compétences attendues, telles qu'elles sont précisées par l'Ordre. Neuf énoncés détaillent la démarche lorsqu'il s'agit d'« évaluer la situation de manière rigoureuse et en accord avec le mandat reçu » :

1. Identifier les centrations et les contextes d'observation pertinents au mandat et à la situation, en se référant à des cadres conceptuels reconnus.
2. Déterminer une méthode et des instruments d'observation et d'évaluation, directe ou indirecte, qui soient valides.
3. Associer la personne et son entourage, le groupe, la famille ou l'organisation à la définition de leurs besoins et de leurs attentes.
4. Rédiger des notes d'observation de manière appropriée à leur fonction et à leur utilisation.
5. Identifier et apprécier les capacités adaptatives et les difficultés d'adaptation présentées par la personne, le groupe, la famille ou l'organisation, dans leurs interactions avec l'environnement.
6. Identifier les ressources et les limites de l'entourage susceptibles d'influencer les interactions de la personne, du groupe, de la famille ou de l'organisation avec leur environnement.
7. Élaborer une hypothèse clinique qui intègre l'interaction entre les composantes individuelles et les éléments de l'environnement, y compris les facteurs culturels.
8. Produire une synthèse interprétative de la situation, fondée sur les faits et appuyée sur des théories reconnues.
9. Rendre compte de ses évaluations aux personnes ou aux instances administratives ou juridiques concernées, en utilisant un langage écrit ou verbal adapté au contexte de la communication.

Le *Guide d'évaluation psychoéducative* rappelle la complémentarité de l'évaluation normative et de l'évaluation fonctionnelle :

L'évaluation psychoéducative fait appel à deux types de connaissances dans la collecte et l'analyse des données, soit des informations normatives qui permettent de situer la personne en regard des acquis et déficits relatifs à son âge et à sa culture, ainsi que des données concernant la fonction adaptative des comportements problématiques dans l'interaction de la personne avec son environnement. Plus que les moyens de collecte de données privilégiés par chaque type d'évaluation, ce sont les analyses cliniques qu'elles permettent qui les différencient et les rendent complémentaires (p.9).

Malgré cette complémentarité, l'évaluation du retard de développement s'appuie davantage sur des tests standardisés ou normalisés. La démarche d'évaluation fonctionnelle peut quand même aider à saisir la signification et la fonction des comportements problématiques dans l'adaptation de l'enfant et être utile pour concevoir le plan d'intervention.

Recueillir de l'information sur l'histoire familiale et le développement de l'enfant

Au cours de l'évaluation, le psychoéducateur prendra en considération les compétences et les vulnérabilités de l'enfant, en tenant compte également des habiletés parentales, de la structure et de la taille de la famille, du climat qui y règne, des règles de vie qui s'y appliquent, des personnes significatives dans la famille élargie, des antécédents familiaux connus et, s'il s'agit d'une famille immigrante, de son origine, de son statut et de son parcours migratoire. Du côté de l'environnement, il tiendra compte du lieu de résidence, du quartier, du réseau d'amis, voire du milieu de travail des parents, le cas échéant. Le service de garde que fréquente l'enfant a aussi son importance.

Avant de conclure à un retard de développement, le psychoéducateur devra réaliser l'histoire du développement de cet enfant : grossesse, accouchement, test d'Apgar, poids à la naissance, tempérament, âge auquel apparaît la posture assise, marche, parole, introduction des solides, acquisition de la propreté, impressions des parents. Il prendra soin de bien noter l'apparition de ses difficultés, les diagnostics et les services antérieurs reçus, les épisodes d'hospitalisation, etc.

Afin de mesurer les différentes sphères du développement, il devra observer son comportement, ses habiletés et son fonctionnement dans des tâches où sa participation est sollicitée, notamment les routines. Il devra également évaluer l'enfant en comparant les différentes sphères de son développement avec celles des enfants du même âge. Deux types de méthodologie seront alors mis à contribution, soit l'évaluation critériée et l'évaluation normative.

L'évaluation critériée à partir d'observations représentatives

L'évaluation critériée permet de réaliser le bilan des habiletés acquises à un moment donné du développement, habituellement dans le contexte naturel de vie de l'enfant, et de le situer par rapport à des standards établis par des experts en référence à ce qui est habituellement acquis à un âge donné.

Différentes **grilles d'observation** sont utiles pour noter les acquis de l'enfant. Elles peuvent être utilisées par plusieurs informateurs ainsi que dans divers contextes, tels que le milieu familial ou le service de garde. L'observation s'étend parfois sur plusieurs jours,

voire quelques semaines. Ce contexte particulier de passation permet une exploration en profondeur des aspects du développement de l'enfant et une bonne validité écologique.

On trouve parmi ces outils :

- la *Grille ballon* (Bernier, 2002);
- l'*Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans* (Brigance, 1997);
- le *Programme EIS : Évaluation, intervention et suivi* (Bricker, 2012).

Toutefois, de tels outils ne permettent pas d'établir un quotient de développement clair, car ils n'ont pas été créés à cette fin ou nécessitent une nouvelle révision et validation.

L'usage d'**outils de dépistage** est également une pratique fréquente et utile. Ces outils permettent de distinguer les enfants qui se développent selon les standards attendus de ceux qui manifestent les signes d'un possible retard de développement ou d'un développement anormal. Habituellement, les résultats correspondent à des catégories plutôt globales (développement normal, à risque, ou en difficulté). Bien qu'utiles, ces outils ne permettent pas de dégager des conclusions cliniques ou d'établir finement le niveau de développement de l'enfant. Ce type d'outil est normalement utilisé par des intervenants ayant été formés pour s'en servir. Dans certains cas, le parent peut remplir lui-même le questionnaire (INSPQ, 2010).

On trouve parmi ces outils :

- le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing (Nipissing District Developmental Screen, 2002);
- les Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ, Squires et *al.*, 2000);
- la Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED, Pomerleau et *al.*, 2005);
- le test FirstSTEp (Miller, 1993);
- l'outil de dépistage précoce de l'autisme CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, Baron-Cohen et *al.*, 2000);
- le test Lollipop (Chew, 1989).

Une évaluation fondée sur les résultats de grilles d'observation ou d'outils de dépistage ne permet pas de se prononcer sur la présence ou non d'un retard de développement. Pour qu'une démarche soit complète, elle devrait également comporter une évaluation normative et des observations directes, permettant alors d'obtenir un portrait précis et détaillé des forces et des faiblesses de l'enfant dans une ou plusieurs sphères de son développement, de déterminer la nature de ses difficultés et de ses besoins, et de déterminer des stratégies d'intervention adaptées.

L'évaluation normative à l'aide d'instruments de mesure standardisés reconnus valides

L'évaluation normative consiste à faire passer à l'enfant des épreuves standardisées de mesure du développement afin de le comparer à un groupe de référence à partir de normes statistiques. Le psychoéducateur devra choisir avec soin ses outils de manière à s'assurer d'un bon niveau de validité des instruments, de normes de référence mises à jour, de traductions valides et d'absence de biais culturels (outils francophones ou anglophones, canadiens ou américains, cadre mis en place durant la passation, etc.).

L'**outil d'évaluation** permet de mesurer le niveau de développement d'un enfant de manière fine et de le situer par rapport à une distribution normale de la population du même âge. Ce type d'outil est normalement utilisé par des spécialistes comme des psychoéducateurs. Malheureusement, peu d'outils d'évaluation standardisés couvrent l'ensemble des aspects du développement. Une solution pour compenser ce problème consiste à recourir à plusieurs outils qui évaluent chacun des domaines particuliers du développement.

On trouve dans cette catégorie les instruments qui suivent :

INSTRUMENT	SPHÈRE ÉVALUÉE
ABAS-II (Harrison et Oakland, 2003)	Autonomie adaptative, communication, développement cognitif, motricité
Battelle Developmental Inventory (BDI-2, Newborg, 2004)	Autonomie adaptative, communication, développement cognitif, motricité, socialisation
Bayley Scales of Infant and Toddler Development (2005)	Tous les aspects du développement
Boehm-3 (2000)	Développement cognitif
Évaluation sociale et émotionnelle de jeunes enfants (ESEJE, Bracha et <i>al.</i> , 2007)	Développement affectif et social
Griffiths Mental Development Scales (2006)	Communication, développement cognitif, motricité, socialisation
Matrices progressives de Raven (2004)	Développement cognitif non verbal
Mullen Scales of Early Learning (1995)	Communication et motricité
Profil socio-affectif (PSA, Dumas et <i>al.</i> , 1997)	Développement affectif et social
Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2, Folio, 2000)	Motricité
Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow, 2005)	Autonomie adaptative, communication, Motricité, socialisation

Dans le contexte de l'évaluation d'un retard de développement, le psychoéducateur devrait privilégier un outil qui permet d'évaluer les forces et les limites sur les plans affectif et social comme le PSA, plutôt qu'un outil diagnostique des troubles du comportement comme le CBCL (Achenbach).

6. Considérations éthiques et cliniques

La compétence du psychoéducateur

Avant d'accepter le mandat d'évaluer un retard de développement, le psychoéducateur doit s'interroger sur ses compétences en matière d'évaluation et d'utilisation d'instruments de mesure. Bien que l'utilisation des outils psychométriques ne soit pas légalement réservée, le psychoéducateur devra se demander avant d'y recourir s'il détient les compétences nécessaires en matière de psychométrie, en plus de connaissances cliniques et d'une expérience pratique auprès des enfants d'âge préscolaire. Il doit aussi s'assurer que ses connaissances en matière de développement de l'enfant sont à jour.

Des normes existent visant à garantir la rigueur du processus d'évaluation normative à toutes ses étapes : sélection de l'instrument de mesure, passation, correction et interprétation. Le psychoéducateur devrait se référer à l'ouvrage *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation* (2003) adopté par l'Ordre comme référence officielle en la matière.

La collaboration parentale

Avant d'entreprendre toute démarche d'évaluation, le consentement des deux parents doit être obtenu. Ces derniers seront en mesure de consentir lorsqu'ils auront obtenu tous les renseignements nécessaires pour comprendre la portée de cette évaluation.

Lorsqu'un milieu ou un parent perçoit chez son enfant des indices de retard de développement l'amenant à faire une démarche auprès d'un professionnel, ce dernier doit avoir en tête que cette consultation peut avoir des conséquences importantes.

Il est fréquent et même normal que des parents manifestent des inquiétudes quant au développement de leur enfant. Dans ce contexte, leur collaboration sera précieuse pour obtenir les renseignements utiles servant à étoffer l'anamnèse : histoire familiale, grossesse, circonstances particulières, moments importants du développement de l'enfant, etc.

Dans le cas de parents dont c'est le premier enfant, le psychoéducateur prendra en considération le fait qu'ils puissent trouver difficile de se prononcer sur un sujet aussi délicat que le développement de leur enfant en fonction des standards attendus. Il en va de même pour les parents d'autres communautés culturelles qui peuvent nécessiter une attention particulière. Le psychoéducateur devra alors faire preuve de discernement, démontrer une grande habileté d'écoute et une connaissance des différences culturelles : valeurs, croyances et pratiques éducatives utilisées. Son soutien sera rassurant sans pour autant minimiser les faits ou leur donner plus d'importance. En outre, le psychoéducateur évitera de prendre un ton alarmiste ou d'émettre des hypothèses pouvant créer un stress supplémentaire, voire une grande détresse chez le parent déjà inquiet par la démarche en cours.

Dans ces situations, le psychoéducateur offre plus que le soutien nécessaire. Il prend soin de valoriser les habiletés parentales observées et souligne l'importance que joue le parent dans le développement de son enfant. Il prend le temps d'expliquer les démarches, les étapes à venir et de faire des recommandations à propos de ce que les

parents peuvent faire avec leur enfant compte tenu des longues listes d'attente. Il prend également le temps de bien leur expliquer le rapport (sa teneur, le vocabulaire, les orientations, les enjeux).

La diversification des sources d'information

Seule la combinaison des observations réalisées en plusieurs contextes, conjuguée aux résultats obtenus avec des instruments de mesure standardisés, peut permettre de poser des conclusions. Le psychoéducateur doit toujours diversifier ses sources afin d'obtenir un portrait qui soit le plus objectif et rigoureux possible. Par conséquent, il serait imprudent et préjudiciable de tirer des conclusions seulement à partir d'un instrument standardisé ou encore des observations provenant d'un seul contexte ou individu.

L'interprétation clinique

Il est reconnu que durant la petite enfance, les enfants présentent des comportements difficiles, dits normaux pour la période développementale, comme de l'opposition, des crises de colère ou de l'agressivité physique (Lemay et Coutu, 2012). Il peut s'avérer ardu de statuer sur la présence d'un retard de développement ou sur la présence de manifestations précoces de difficultés de comportement plus sévères. Pour ces raisons, le psychoéducateur devrait être prudent quant à son interprétation clinique et réévaluer périodiquement l'évolution des comportements des enfants.

Les limites et la portée de l'évaluation

Le retard de développement n'est pas un « trouble » au sens généralement attendu d'un ouvrage de référence comme le DSM. Par conséquent, la démarche d'évaluation ne vise pas ici à émettre un diagnostic¹³ ou à contribuer à celui-ci.

Cette activité réservée comporte certaines caractéristiques qui lui sont propres. Notamment, l'évaluation de l'enfant d'âge préscolaire qui présente des indices de retard de développement a pour but :

- d'offrir aux parents des renseignements sur le développement de leur enfant, sur le processus d'évaluation et sur les ressources disponibles dans leur région;
- lorsque la situation l'exige, d'orienter l'enfant vers le bon professionnel et une évaluation spécialisée (ouïe, langage, motricité, retard mental, etc.);
- d'orienter l'enfant vers les services appropriés (CPE, organisme communautaire, CR, CSSS, CH, médecin de famille) selon les résultats de l'évaluation.

La contribution particulière du psychoéducateur

L'importance d'un environnement stimulant et du dépistage d'un possible retard de développement pendant les premières années de l'enfant n'est plus à démontrer. Il est important d'en repérer les signes avant-coureurs afin d'orienter l'enfant vers les services appropriés dès son plus jeune âge.

Le psychoéducateur a une expertise reconnue auprès des personnes qui présentent des difficultés d'adaptation. Ses observations du comportement adaptatif réalisées en utilisant le vécu éducatif partagé et l'observation participante fournissent de précieuses indi-

¹³ En vertu de la loi médicale, le diagnostic est réservé au médecin en exclusivité.

cations sur les capacités et les difficultés d'adaptation des personnes. Sa formation universitaire en fait un professionnel compétent pour intervenir directement auprès des individus et pour réaliser des évaluations plus complexes nécessitant l'usage d'instruments standardisés. La diversité de ses démarches et sa grande polyvalence sont des qualités recherchées.

Encore aujourd'hui, le psychoéducateur est grandement apprécié au sein de ces équipes interdisciplinaires. Les pédopsychiatres n'hésitent pas à le décrire comme un fin observateur et un collaborateur essentiel (...). En tant qu'accompagnateur dans les différents moments et milieux de vie, il apporte une somme irremplaçable d'informations habituellement inaccessibles en contexte d'entrevue. Ces informations sont utiles en même temps à l'évaluation diagnostique, à l'élaboration du plan d'intervention et à l'évaluation des effets de traitement. De plus, la capacité d'aménager l'environnement et celle d'outiller la personne avec différentes stratégies (...) constituent d'autres compétences qu'on lui reconnaît. Ce ne sont là que quelques exemples démontrant la contribution particulière du psychoéducateur dans ce champ de pratique (OPPQ 2011, p.7).

L'intervention du psychoéducateur doit être animée du souci d'offrir le meilleur soutien à l'enfant et à sa famille, et ce, dans les meilleurs délais, étant donné le jeune âge de l'enfant et le préjudice possible. Le cas échéant, on prendra soin de diriger l'enfant vers des services de soutien, de stimulation précoce ou d'intervention, selon le besoin éprouvé.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association – DSM-IV-TR. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (4^e éd.) (J.-D. Guelfi et al., trad.). Paris : Masson.
- American Psychological Association. (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*. (G. Sarrazin, trad.) Montréal : Institut de recherches psychologiques.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenham, J., Drew, A. et Doehring, P. (2000). Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 521-525.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development Manual*. (2^e éd.) Toronto : Pearson PsyCorp.
- Bernier, N. (2002). *Grille ballon : grille d'observation du développement de l'enfant. Document pratique à l'usage des éducatrices en stimulation précoce et en petite enfance, des responsables de service de garde et des parents* (2^e éd. révisée et corrigée). Rimouski : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.
- Bigras, N., Lemay, L. et Tremblay, M. (2012). *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants : état des connaissances*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boehm, Ann E. (2000). *Boehm Test of Basic Concepts*. (3^e éd.) Toronto, Pearson PsyCorp.
- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Pædiatrica*, 97, 853-858.
- Bouchard, C. et Fréchette, N. (2009). *Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bracha, Z., Gérardin, P., Perez-Diaz, F., Perriot, Y., de La Rocque, F., Flament, ..., Carter, A.S. (2007). Évaluation sociale et émotionnelle des jeunes enfants (ESEJE). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 194-203.
- Bricker, D. (2012). *Évaluation, intervention, suivi. Tome II, curriculum 0 à 3 ans*. (C. Dionne, dir. et trad.). Montréal : Chenelière éducation.
- Brigance, A.H. (1997). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans*. (3^e éd. revue et validée.) Ontario : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.

- Bronfenbrenner, U. et Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development. Dans W. Damon et R. M. Lerner (dir.) *Handbook of child psychology, 1, Theoretical models of human development*. (6^e éd.) (p. 793-828). Hoboken, N.J. : John Wiley et Sons.
- Chew, A. L. (1989). *Developmental and interpretive manual for the Lollipop test. A diagnostic screening test of school readiness revised*. Atlanta, GA : Humanics.
- Colin, C. et Desrosiers, H. (1989). *Naître égaux et en santé : avis sur la grossesse en milieu défavorisé*. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux : Bibliothèque nationale du Québec.
- Desrosiers, H., Tétreault, K. et Bonin, M. (2012). *Caractéristiques démographiques, socioéconomiques et résidentielles des enfants vulnérables à l'entrée à l'école*. Institut de la statistique du Québec, Série ÉLNEQ, 14, 1-11.
- Doherty, G. (1997). *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*. Hull, Qc : Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
- Dumas, J.E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck.
- Dumas, J.E., LaFrenière, P.J., Capuano, F. et Durning, P. (1997). *Profil Socio-Affectif (PSA) Évaluation des compétences sociales et des difficultés d'adaptation des enfants de 2 ans 1/2 à 6 ans*. Paris : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Folio, M.R. et Fewell, R.R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales, (5^e éd.) (Pdms-2)*. Ed.Toronto : Pearson PsyCorp.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Famille et des Aînés. (2007). *Accueillir la petite enfance. Le programme éducatif des services de garde du Québec. Mise à jour*. Direction des relations publiques et des communications.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2011). *Pistes d'intervention pour les enfants présentant un retard global de développement. Éducation préscolaire-enseignement primaire*.
- Grenier, D. et D. Leduc. 2008. *Le bien-être des enfants : un guide sur la santé en milieu de garde*. Société canadienne de pédiatrie.
- Griffiths, R. (2006). *Griffiths Mental Development Scales : Extended Revised (GMDS 2-8)*. Toronto : Pearson PsyCorp.
- Hadders-Algra, M. (2011). Challenges and limitations in early intervention *Developmental Medicine and Child Neurology, 53, (4), 52-55*.
- Hanvey, L. (1996). *Le progrès des enfants au Canada 1996*. Conseil canadien de développement social, n° 523.

Harrison, P.L. & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System*, (2^e éd.) Toronto: Pearson PsyCorp.

Institut national de santé publique (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec, Direction du développement des individus et des communautés.

Ladd, G.W., Herald S.L. et Kochel, K.P.(2006). School readiness : Are there social prerequisites ? *Early Education and Development*, 17,115-150.

Landy, S. et Tam K.K.. (1998). *Comprendre l'incidence de facteurs de risques multiples sur le développement de l'enfant à divers âges*. Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.

Lemay, L. et Coutu, S. (2012). Les difficultés comportementales des enfants de 0 à 5 ans en service de garde. Dans N. Bigras, L. Lemay et M. Tremblay (dir.) *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants : état des connaissances*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

McKenzie, M. (2009). Scholarship as intervention : Critique, collaboration and the research imagination. *Environmental Education Research*, 15, 217-226.

Miller, L. J. (1993). *FirstSTEP Screening Test for Evaluating Preschoolers*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace Jovanovich Inc.

Mullen, E.M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*, AGS Edition. American Guidance Service, Toronto : Pearson PsyCorp.

Newborg, J. 2004. *Battelle Developmental Inventory*, (2^e éd.) (BDI-2). Rolling Meadows, Ill. : Riverside Publishing.

Nipissing District Developmental Screen. (2002). *Questionnaires et activités pour votre bébé : 1 à 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 30 mois, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans*. Ontario: Nipissing District Developmental Screen.

Office des professions du Québec (2005). *Partageons nos compétences – Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Rapport du comité d'experts*. Québec, Éditeur officiel.

Office des professions du Québec. (2012). *Guide explicatif, projet de loi 21*. Québec, Éditeur officiel.

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2010). *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse. Guide de pratique*.

Pomerleau, A., N. Vézina, J. Moreau, G. Malcuit et R. Séguin. (2005). *Guide d'utilisation de la grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans (GED)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

- Raven, J., Raven, J.C. et Court, J.H. (2004). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. San Antonio, Tex : Harcourt Assessment.
- Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. Dans C.H. Zeanah Jr.(dir.).*Handbook of infant mental health* (p.3-13). New York, N.Y. : Guilford Press.
- Shevell, M., Ahswal, S., Donley, D. Flint, J. Gingold, M. Hirtz, D., ..., Sheth, R.D. (2003). Practice parameter : Evaluation of the child with global development delay. *American Academy of Neurology*, 60 (1-2), 367-380.
- Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V. et Balla, D.A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales*, (2^e éd.) Toronto : Pearson PsyCorp.
- Squires, J., Twomblym, E., Bricker, D. et Potter, L. (2009). *Questionnaires sur les étapes du développement : évaluation de l'enfant par les parents*. (M. Bonin, P. Robaey, G. Vandaele, Bastin et V. Lacroix, trad.). Baltimore, MA : Paul H. Brookes.
- Tremblay, R.E. et Japel, C. (2003). Prevention in pregnancy, infancy, and preschool years. Dans D. Farrington et J. Coie (dir.), *Early prevention of adult anti-social behaviour*. (p. 205-242) Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Trudel, M., Puentes-Neuman, G. (2000). *Les conceptions contemporaines de l'enfant à risque : Modèles théoriques et approches préventives auprès de la jeune enfance*. Ottawa : Conseil des ministres de l'Éducation (CMEC).
www.cmec.ca/stats/pcera/symposium2000/index.fr.stm.



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

510-1600, boul. Henri-Bourassa Ouest, Montréal (Québec) H3M 3E2

Téléphone : 514 333-6601 ou 1 877 913-6601

Télécopieur : 514 333-7502 Courriel : info@ordrepsed.qc.ca

Site Web : www.ordrepsed.qc.ca