

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ENQUÊTE AUPRÈS DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES SUR LES PRATIQUES
ÉVALUATIVES DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS
HYPERACTIVITÉ, AU PRIMAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
DANIEL CHARLAND

JUIN 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui m'ont encouragé et soutenu dans ma démarche doctorale. En particulier, monsieur Jacques Forget, D. Ps. professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, directeur de recherche du présent travail, qui m'a d'abord accepté dans son laboratoire de recherche, en 2002, et qui, tout au long de ce travail, a su me fournir l'encadrement nécessaire afin de réaliser et compléter la présente recherche. Sa patience, ses directives précises ainsi que ses encouragements sans failles, malgré toutes ces années, ont été déterminants pour moi, je l'en remercie sincèrement.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans la contribution de monsieur Jean Bégin, Ph. D., agent de recherche et statisticien au département de psychologie de l'UQAM, qui m'a grandement guidé dans la structure et l'analyse de mes données brutes nécessaires à la cueillette d'informations, j'en suis très reconnaissant. Je remercie madame Carole Desrochers, assistante administrative au département de psychologie, pour sa contribution à l'édition finale de la présente thèse.

À mes proches, famille et amis, ainsi qu'à ma conjointe Danièle Carrière, qui m'ont fourni une tranquillité d'esprit et une chaleur affective réconfortante dans mes moments de doute, je les salue et leur dédie ce manuscrit.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ	vii
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	1
1.1 Définition du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité.....	2
1.2 Les définitions et critères diagnostiques	3
1.3 Critères diagnostiques retenus.....	6
1.4 L'inattention	6
1.5 L'hyperactivité	7
1.6 L'impulsivité	7
1.7 Prévalence	8
1.8 Étiologie	8
1.9 Troubles associés et diagnostic différentiel	10
1.10 L'évaluation	12
1.11 Méthode d'évaluation recommandée	13
1.12 Formation et responsabilités des psychologues	18
1.13 Le milieu de travail des psychologues scolaires au primaire	18
1.14 Les objectifs principal et secondaire de la présente recherche	21
1.15 Apport de la présente recherche.....	22
CHAPITRE II	
MÉTHODE	23
2.1 Population étudiée.....	23
2.2 Échantillon	24
2.3 Variables observées.....	25
2.4 Le questionnaire.....	25
2.4.1 Conception et validation du questionnaire.....	26
2.5 La cueillette des données	26
2.5.1 Récolte des questionnaires	27
2.6 Analyse des données et des résultats.....	27

CHAPITRE III	
RÉSULTATS	29
3.1	Données sociodémographiques des répondants29
3.2	Données sociodémographiques des élèves.....30
3.3	Données concernant l'élève recueillies directement par le psychologue31
3.4	Rencontres et communications avec les parents34
3.5	Rencontres et communications auprès des enseignants36
3.6	Degré d'importance accordé aux différentes sources d'informations.....37
3.7	Le temps consacré à l'évaluation des élèves pour le TDAH38
3.8	Observations et évaluation psychologique.....39
3.9	Actions prises suite à l'évaluation.....42
3.10	Analyse corrélacionnelle des variables42
3.11	Disparité régionale43
3.12	Vue d'ensemble des résultats45
CHAPITRE IV	
DISCUSSION	47
4.1	Application des normes.....47
4.2	Complément d'analyse49
4.3	Conclusion.....50
4.4	Forces et limites de la présente étude.....50
4.5	Recherches subséquentes52
RÉFÉRENCES	53
APPENDICE A -Tableau synthèse proposé par l'OPQ et le CMQ.....	60
APPENDICE B - Questionnaire original.....	63
APPENDICE C - Grille d'évaluation du questionnaire.....	77
APPENDICE D - Questionnaire final.....	81
APPENDICE E - Répartition de l'échantillon.....	95
APPENDICE F - Lettre de sollicitation et présentation du projet de recherche.....	98
Formulaire de consentement	99
Formulaire d'intérêt pour les résultats	100

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
3.1	Proportion des différents diagnostics psychologiques donnés aux 56 élèves sur les 71 élèves évalués par les psychologues scolaires au primaire	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
3.1	Résumé des tests et questionnaires complétés par les élèves	32
3.2	Renseignements recueillis lors des rencontres avec l'élève exprimés en pourcentage.....	33
3.3	Données recueillies à partir d'informations de sources diverses	34
3.4	Renseignements recueillis lors des rencontres et communications avec les parents des élèves, exprimés en pourcentage par rapport à l'ensemble des 71 élèves	35
3.5	Renseignements recueillis lors des rencontres et communications, avec les enseignants des élèves, exprimés en pourcentage par rapport à l'ensemble des 71 évaluations	36
3.6	Degré d'importance accordé par les psychologues aux différentes sources d'informations afin de compléter une évaluation de TDAH.....	37
3.7	Sommaire des heures nécessaires à l'évaluation du TDAH par les répondants	39
3.8	Pourcentage des difficultés observées lors des évaluations	40
3.9	Regroupement des Commissions scolaires en fonction de la densité de la population desservie	44

RÉSUMÉ

L'évaluation du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), par les psychologues scolaires dans les écoles québécoises, constitue une tâche importante qui nécessite et mobilise plusieurs ressources. En 2001, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec publiaient les lignes directrices à suivre, pour les médecins et les psychologues, lorsqu'ils évaluent un élève pour un TDAH. Parmi ces directives, le document spécifiait que l'évaluation devait comporter plusieurs étapes, que les renseignements devaient être recueillis dans plusieurs milieux de vie de l'élève et auprès de diverses personnes impliquées dans son évolution et que, dans tous les cas, cette évaluation ne devait pas prendre moins de 10 heures. Compte tenu de la charge de travail de plus en plus exigeante pour les psychologues impliqués dans le milieu scolaire et en tenant compte de l'étendue géographique de certaines régions et du nombre d'écoles sous leur responsabilité, il a semblé pertinent de savoir comment les psychologues évaluent un élève pour un TDAH lorsqu'ils reçoivent une demande de la part d'un enseignant, d'un parent ou de toute autre personne responsable de son évolution scolaire et ce, à travers le Québec. La présente étude est une enquête auprès des psychologues scolaires sur les méthodes et les activités suivies lorsqu'ils reçoivent une demande d'évaluation pour un TDAH. Cette enquête a été réalisée auprès de 36 psychologues scolaires répartis dans 16 des 17 régions administratives du Québec à partir des données contenues dans les dossiers des élèves évalués au cours des années 2008 à 2011. Les données recueillies ont permis de constater que les psychologues appliquaient toutes les procédures et recommandations suggérées par leur ordre professionnel et qu'ils passaient en moyenne plus de 14 heures à l'évaluation de chaque élève et ce, peu importe la région administrative où ils évoluent ou encore le nombre d'écoles ou de dossiers sous leur responsabilité. De plus, cette enquête révèle que non seulement les psychologues scolaires appliquent rigoureusement les procédures recommandées, mais qu'il existe une quasi-uniformité dans les méthodes utilisées afin d'apposer ou non un diagnostic psychologique de TDAH.

Mots-clés : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, attention, hyperactivité, TDAH, évaluation, psychologie scolaire.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, communément nommé TDAH dans la littérature scientifique, occupe une place importante dans le système scolaire québécois (CMQ, OPQ, 2001; Falardeau, 1997; Honorez, 2002; Honorez, Bergeron & Berthiaume, 2000; Lavigueur, Coutu & Desjardins, 2005; MÉQ, 2000; MÉQ, MSSS, 2003). En 2001, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) réagissaient à un phénomène, pour le moins, « préoccupant » à savoir qu'un élève sur cinq consommait des psychostimulants, notamment le méthylphénidate (Ritalin) en 1999 (MÉQ, 2000; MÉQ, MSSS, 2003). Selon l'OPQ et le CMQ (2001), bien qu'il n'existe pas de statistiques précises sur la prévalence des cas de TDAH au Québec, les prescriptions enregistrées de psychostimulants pour l'année 1999 étaient de l'ordre de 215 000 pour une population d'environ un million d'enfants fréquentant l'école primaire et secondaire (CMQ, OPQ, 2001; MÉQ, 2000; MÉLS, 2007). Ainsi, ces deux ordres professionnels ont conjointement publié, en 2001, un rapport intitulé : « Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec » (CMQ, OPQ, 2001). Dans ce rapport les deux ordres professionnels visaient à donner « aux médecins et aux psychologues un cadre de référence en matière de dépistage, de diagnostic, d'évaluation, d'intervention et de traitement des jeunes d'âge scolaire (de 5 à 18 ans) ayant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) ou en présentant des symptômes » (CMQ, OPQ, 2001). La présente étude descriptive vise, dans un premier temps, à identifier les pratiques et procédures mises en place par les psychologues scolaires lorsqu'ils reçoivent une demande d'évaluation d'un élève pour un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH). Dans un deuxième temps, à comparer ces pratiques et procédures suivies par les psychologues, en matière d'évaluation du TDAH, à celles

prescrites par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec telles que publiées dans le rapport conjoint en 2001 (CMQ, OPQ, 2001). En 2006, une mise à jour de ce rapport a été publiée et vise surtout à préciser les procédures à suivre dans la prescription de médicaments. Comme la présente étude ne concerne que l'évaluation, le rapport de 2001 servira de base et de référence à laquelle les procédures suivies par les psychologues sont comparées.

Le contexte théorique entourant cette question est développé de la façon suivante: dans un premier temps, une revue de la littérature scientifique permet de définir le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité; puis, les syndromes centraux sont dégagés afin de déterminer les critères sur lesquels les psychologues scolaires s'appuient pour évaluer ce trouble ou les symptômes reliés à ce trouble. Toutefois, le présent texte ne couvre pas le débat théorique et historique entourant ce trouble, comme l'aspect catégoriel ou dimensionnel du trouble (DSM-IV-TR, 2003; Gaucher, 2010; Honorez, 2002), mais en fait plutôt ressortir la complexité diagnostique. Au Québec, dans le langage courant, on parle souvent « d'enfants hyperactifs », expression sans doute réductionniste, mais souvent utilisée dans les ouvrages destinés au public (Dubé, 1992; Falardeau, 1997; Honorez, 2002; Joly, 2008; Lavigueur & Desjardins 1999; Lefebvre, 1998).

Dans les pages qui suivent, nous définissons le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité tel que conçu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Américain Psychiatric Association (APA) et les auteurs les plus souvent cités dans la littérature scientifique sur le sujet. Les définitions retenues sont celles qui font consensus auprès des professionnels et des psychologues et qui ont été prescrites dans le rapport conjoint de 2001 du CMQ et de l'OPQ.

1.1 Définition du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

Il existe plusieurs définitions de comportements d'enfants dits « hyperactifs » (Joly, 2008). En psychologie, comme dans d'autres domaines de la santé, l'évaluation sert à préciser le diagnostic ainsi que les manifestations des difficultés présentées par le client dans le but de lui offrir un traitement adéquat et individualisé (DuPaul, Kyle & Barkley, 1996; Écrement, St-Onge, Poissant & Stephenson, 2000). Toutefois, diagnostiquer ce trouble est un

processus fort complexe (Bear, Minke & Thomas, 1999; Goupil, 1997; Larochelle & Robitaille, 2000; Lavigneur, Coutu & Desjardins, 2005; Rioux-Soucy, 2005) qui demande que l'on recueille plusieurs renseignements provenant de diverses sources (CMQ, OPQ, 2001; Conners, 1997; Écrement *et al.*, 2000; Lavigneur *et al.*, 2005; Sattler, 2002; Willcutt, Hartung, Lahey, Loney & Pelham, 1999). Pour sa part, Falardeau (1997) précise que les critères diagnostiques, bien que précieux, ne remplacent toutefois pas une évaluation clinique systématique. Selon lui, il est possible qu'un clinicien expérimenté pose un diagnostic de TDAH sans que les critères soient respectés ou qu'un enfant réponde aux critères sans recevoir le diagnostic; le jugement clinique jouerait donc un rôle très important.

Au Québec, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), en 2001, ont opté pour une approche prudente en recommandant qu'une évaluation multidisciplinaire soit effectuée de façon à éliminer tout autre diagnostic possible et à considérer tous les facteurs pouvant contribuer aux difficultés observées (CMQ, OPQ, 2001; MÉQ, 2000; MÉQ, MSSS, 2003). Toutefois, le psychologue scolaire demeure, malgré la venue d'autres professionnels dans ce milieu, comme les ergothérapeutes, orthophonistes, orthopédagogues, le chef de file sur lequel l'évaluation des enfants repose (Brault, 2005; DuPaul *et al.*, 1996; DuPaul & Stoner, 1994; Écrement *et al.*, 2000).

1.2 Les définitions et critères diagnostiques

Afin de déterminer si un enfant est atteint du TDAH, le clinicien doit pouvoir se baser sur un certain nombre de critères qui ont été validés au cours des ans et appuyés par la recherche clinique. Au Québec, les deux principales références en la matière sont la *Classification Internationale des Maladies (CIM-10)*, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993, et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, textes révisés (DSM-IV-TR)*, publié par l'American Psychiatric Association en 2003 (CMQ, OPQ, 2006; MÉLS, MSSS, 2003).

Selon Sindelar (1999), la CIM-10 et le DSM-IV sont très semblables lorsqu'il s'agit des comportements considérés comme étant à la base du diagnostic de TDAH. La CIM-10 (2001) classe le déficit de l'attention, de même que l'hyperactivité, sous la rubrique des troubles hyperkinétiques (THK). Cette catégorie comprend deux sous-groupes à savoir : 1)

perturbation de l'activité et de l'attention, et, 2) trouble hyperkinétique et trouble des conduites. Selon l'OMS (2001), les troubles hyperkinétiques débutent précocement, au cours des cinq premières années. Ils se caractérisent par l'association d'un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive, d'une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en terminer aucune, et d'une activité globale désorganisée, mal coordonnée et excessive. Ces handicaps persistent habituellement pendant toute la scolarité et même jusqu'à l'âge adulte; mais chez de nombreux sujets, l'attention et l'activité s'améliorent progressivement (OMS, 2001). Cependant, les données récentes indiquent qu'entre 66 et 80 % des enfants qui présentent un TDAH vont continuer à en montrer des symptômes à l'âge adulte (Barkley & Wilens, 2005; Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998). Selon Barkley & Wilens (2005), les pressions sociales et la maturité acquise, chez un adulte, le conduiront à émettre des comportements qui ne sont pas ceux des enfants pour qui les critères ont été élaborés.

La CIM-10 (2001) exige, pour le trouble hyperkinétique (THK), la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité qui sont envahissantes, persistantes et présentes dans plusieurs situations. Ces critères doivent comporter une souffrance ou une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative.

De son côté, le DSM-IV-TR (2003), classe le déficit de l'attention/hyperactivité dans le sous-groupe des troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur. Ce sous-groupe comprend le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation. Selon le DSM-IV-TR (2003), la caractéristique essentielle du trouble déficit de l'attention/hyperactivité est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe chez des sujets du même âge. Il faut qu'un nombre minimum de symptômes entraînant une gêne fonctionnelle aient été présents avant l'âge de 7 ans. La gêne fonctionnelle liée aux symptômes doit être manifeste dans au moins deux types d'environnements différents (p. ex., à la maison et à l'école ou au travail). La perturbation ne doit pas survenir exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental de l'Axe I ou II.

En considérant les deux références principales, la CIM-10 et le DSM-IV-TR, il est d'usage de considérer le THK comme un sous-groupe du TDAH. (Gaucher, 2010; Taylor, 1999) du fait que les critères d'insertion pour le TDAH sont moins stricts que ceux pour le THK : ce dernier nécessitant à la fois la présence de l'inattention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité (MEQ, MSSS, 2003). En effet, le DSM-IV-TR (2003) subdivise le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité/impulsivité en trois sous-groupes selon la prédominance de l'un ou l'autre des symptômes. Ainsi, le premier sous-groupe est le déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : lorsque six symptômes d'inattention (ou plus) et six symptômes d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont été présents pendant au moins six mois. Ce sous-groupe, type mixte, se rapproche le plus du THK (CIM-10). Le deuxième sous-groupe est le déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : lorsque six symptômes d'inattention (ou plus), mais moins de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité ont été présents pendant au moins six mois. Le troisième sous-groupe est le déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante : lorsque six symptômes (ou plus) d'hyperactivité/impulsivité, mais moins de six symptômes d'inattention ont été présents pendant au moins six mois.

Dans le système d'éducation au Québec depuis 2000, le TDAH est inclus dans la catégorie des « élèves à risque » signifiant : « des difficultés pouvant mener à un échec, des retards d'apprentissage, des troubles émotifs, des troubles du comportement, un retard de développement ou une déficience intellectuelle légère » (MÉQ, 2000c, cité dans Honorez, 2002). Cette catégorie a été créée en 2000 afin, entre autres, de fournir aux commissions scolaires un système catégoriel permettant un financement adéquat des ressources spécialisées en fonction du nombre d'élèves en difficultés d'apprentissage dans chacune des commissions scolaires (MÉQ, 2000). L'efficacité et la pertinence de ces ressources ne font pas partie de la présente étude.

Il existe une très grande variabilité dans l'utilisation des critères diagnostiques. Cette variabilité s'expliquerait en fonction des différences culturelles et familiales des enfants (Bédard, Morasse & Veilleux, 2002; CMQ, OPQ, 2001; Dumas, 2002) et de la présence des mêmes symptômes associés à d'autres maladies comme le trouble oppositionnel (Lecomte & Poissant, 2006; Honorez *et al.*, 2000). En effet, il n'est pas rare que l'enfant présente

plusieurs symptômes d'autres troubles reliés à l'Axe I ou II du DSM-IV (APA, 2003; Bédard *et al.*, 2002; CIM-10, 2001; CMQ, OPQ, 2001; Sattler, 2002). De plus, les trois classes de critères diagnostiques étant l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, ces critères peuvent également être confondus avec un grand nombre d'autres troubles mentaux; laissant croire qu'il s'agit de TDAH (CMQ, OPQ, 2001; Goldman *et al.*, 1998). Finalement, les deux références de base pour l'évaluation du TDAH, la CIM-10 et le DSM-IV-TR sont des normes catégorielles et ne tiennent pas compte des aspects dimensionnels des symptômes selon Gaucher (2010).

1.3 Critères diagnostiques retenus

En observant les critères diagnostiques des deux références principales, le THK de la CIM-10 et le TDAH du DSM-IV-TR, reconnues et prescrites par le Collège des médecins, l'Ordre des psychologues du Québec, les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation des Loisirs et du Sport du Québec, les trois syndromes font consensus : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Ces critères sont brièvement décrits ci-après.

1.4 L'inattention

Le concept d'attention, ou d'inattention, contient plusieurs éléments. Ce concept a fait l'objet de nombreuses études en neuropsychologie et il a été subdivisé en plusieurs composantes (Thomas, Vaz-Cerniglia & Willems, 2007). Les éléments les plus souvent mentionnés dans la littérature scientifique, selon les différents modèles théoriques (Thomas *et al.*, 2007) pour définir l'attention, sont l'éveil, l'alerte, l'attention sélective, l'attention visuospatiale, l'attention maintenue ou soutenue, l'attention partagée, l'attention divisée, la capacité attentionnelle, la mémoire de travail, la distractivité aux stimuli internes et externes, la vigilance et la surpersistance (Bear, Connors & Paradiso, 1996; Douaire, 2003; Batejat, Lagarde, Navelet & Binderet, 1999; Laroche & Robitaille, 2000; Lussier, 2002). Ces éléments se mesurent souvent à l'aide de tests neuropsychologiques comme le *Tea-Ch* et le *Wisc-IV* (Goodman, 2000); Sattler, 2002; Thomas *et al.*, 2007).

1.5 L'hyperactivité

Plusieurs études indiquent qu'il est difficile d'observer des comportements distincts entre ceux reliés à l'hyperactivité et ceux reliés à l'impulsivité (Barkley, 1998). Cependant, pour la présente étude, ces deux critères sont présentés distinctement afin de mieux les définir.

L'hyperactivité se manifeste par un niveau d'activité motrice ou verbale excessif et inapproprié par rapport au contexte (Barkley, 1998). Selon Falardeau (1997), les enfants hyperactifs sont plus actifs que les autres dans toutes leurs activités, et même, dans la plupart des cas, durant leur sommeil (Labrosse, Gingras & Godbout, 2006). Mais ce qui les distingue surtout, c'est cette incapacité qu'ils ont à contrôler leur degré d'activité. Selon Falardeau (1997), les enfants hyperactifs, même lorsqu'ils en sont conscients, restent incapables de réprimer ce besoin de bouger constamment. Selon Barkley (1998), les parents des enfants hyperactifs rapportent que ces derniers sont toujours prêts à faire une activité; agissent comme s'ils étaient activés par un moteur; parlent constamment ou font des bruits; se tortillent; en classe, ils se lèvent sans raison; bougent les bras et les jambes en travaillant; jouent avec des objets non reliés à la situation; et parlent souvent aux autres enfants. Ces critères comportementaux se détectent surtout par l'observation, l'entrevue et l'évaluation à l'aide d'échelles de comportements (Conners, 1997; Sattler, 2002).

1.6 L'impulsivité

L'impulsivité, appelée aussi désinhibition comportementale, est considérée comme une réponse inadéquate par rapport au contexte (Barkley & Wilens, 2005). Le manque d'inhibition est fréquemment associé au TDAH (Barkley, 1998). Cela se traduit par une propension, par rapport à ses pairs du même âge et du même sexe, à ne pas tolérer les délais dans les récompenses; à ne pas attendre son tour et à passer devant les autres dans des jeux, s'attirant ainsi les affres de ses pairs; à mal évaluer les dangers ou les conséquences potentiellement dangereuses de ses comportements selon les situations; à prendre des risques inconsidérés, avec, pour conséquence, des blessures et des accidents plus fréquents que la moyenne; à briser des objets fréquemment; en équipe, l'enfant a tendance à ne pas collaborer avec les autres et à rester centré sur ses besoins propres sans se soucier des autres (Barkley &

Wilens, 2005). Verbalement, il peut commettre des indiscretions sans se soucier des émotions des autres et interrompre leurs conversations. Ces comportements amènent l'enfant impulsif à se faire punir davantage que les autres enfants, à s'attirer des critiques, de la censure et à être ostracisé par les parents et ses compagnons (Barkley & Wilens, 2005; Falardeau, 1997). Falardeau (1997) décrit une scène typique qui traduit des actes de naïveté de l'enfant impulsif : « L'enfant manipulateur entre dans mon bureau et, après s'être assuré que je le regarde, s'amuse avec mon téléphone. L'enfant hyperactif, lui, entre et se précipite sur mon téléphone sans s'être aperçu de ma présence. ». Ce critère est principalement diagnostiqué à l'aide de tests de performance comme le Conner's Performance Test (CPT), le Cognitive Reflexion Test (CRT), le Matching Familiar Figures Test (MFFT), le test de *Stroop*, d'entrevues et d'échelles de comportements (Barkley, 1998; Conners, 1997; Dubé, 1992; Goldman *et al.*, 1998; Honorez, 2002; Menache, Urion & Haenggeli 1999; MÉQ, MSSS, 2003; Sattler, 2002).

1.7 Prévalence

Au Québec et au Canada, la prévalence du TDAH est similaire à celui des États-Unis, c'est-à-dire qu'il affecte entre 3 à 7 % des élèves d'âge scolaire (APA, 1996; Desrosiers & Royer, 1995; DSM-IV-TR, 2003; Lavigneur *et al.*, 2005; Rioux-Soucy, 2005; Sauvé, 2007). Par ailleurs, Thomas *et al.* (2007) mentionnent que 3 à 5 % des enfants seraient affectés par ce trouble avec une proportion de quatre garçons pour une fille. De plus, ces derniers indiquent que parmi eux, l'écart entre les filles et les garçons se rétrécit lorsqu'il s'agit uniquement du trouble de l'attention sans hyperactivité. (Thomas *et al.*, 2007). Selon l'APA (2003), le sous-type « mixte » est le plus fréquent parmi les enfants et les adolescents.

1.8 Étiologie

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2001), la conception la plus répandue de l'origine des symptômes reliés au TDAH fait jouer un rôle déterminant à des anomalies constitutionnelles, toutefois, on ne leur connaît pas encore d'étiologie spécifique. Selon le DSM-IV-TR (2003), il peut y avoir des antécédents de sévices ou de carences de soins pendant l'enfance, de placements familiaux multiples, d'exposition à des substances neurotoxiques, de maladies infectieuses (p. ex., encéphalite), d'expositions médicamenteuses

in utero, ou de retard mental. Le faible poids à la naissance, bien que parfois associé, n'est pas présent chez la plupart des enfants ayant un TDAH. Le trouble est plus fréquent chez les apparentés biologiques de premier degré (Barkley & Wilens, 2005; Bédard *et al.* (2002); Lecomte & Poissant, 2006). Cependant, la famille, l'école et l'influence des pairs sont cruciales et déterminantes dans l'importance de la gêne fonctionnelle de l'enfant dans son milieu (Bédard *et al.*, 2002; DSM-IV-TR, 2003; DuPaul & Stoner, 1994; Lavigueur & Desjardins, 1999; Sattler, 2002).

L'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité reposent toutes sur des éléments constituants de nature génétique. Ils peuvent être liés à des carences éducatives, mais ne sont pas causés par des troubles psychologiques (Groupe Pompidou, 1999; Barkley & Wilens, 2005; DuPaul & Stoner, 1994; Menache, Urion & Haenggeli, 1999). Bien que les facteurs environnementaux, tels l'éducation ou le milieu familial, doivent être pris en considération dans le traitement de la maladie, le récent consensus scientifique et médical souligne la présence de facteurs biologiques, comme la dysfonction exécutive, comme étant responsables du manque d'inhibition comportementale (hyperactivité et impulsivité) et de l'inattention (Barkley *et al.*, 2002; Thomas *et al.*, 2007). Ce consensus est soutenu par des associations comme The U.S. Surgeon General, The American Medical Association (AMA), The American Psychiatric Association (APA), The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), The American Psychological Association et The American Academy of Pediatrics (AAP). Toutefois, même si tous les enfants atteints de TDAH présentent des caractéristiques biologiques spécifiques, les facteurs environnementaux ont pour effet de précipiter ou d'aggraver les symptômes de TDAH (CMQ, OPQ, 2001; Douaire, 2003; Dubé, 1992; Kutscher, 2010; Sagvolden, Russell, Aase, Johansen & Farshbaf, 2005). Il existe donc un processus d'interactions permanentes entre les facteurs de vulnérabilité biologique de l'individu et son environnement (Dubé, 1992; Lavigueur & Desjardins, 1999; Kutscher, 2010). Selon Sagvolden *et al.*, (2005), l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont liées à une altération du processus de renforcement. Finalement, alors que l'inattention demeure le facteur central dans l'évaluation du TDAH, Barkley (1997, 1998, 2002) défend l'hypothèse selon laquelle les fonctions exécutives sont impliquées dans le contrôle attentionnel par des mécanismes d'inhibition et par la flexibilité cognitive qui permettent un déplacement de

l'attention d'un objet à l'autre. Selon lui, dans le déficit d'attention, c'est surtout le mécanisme d'inhibition des réponses impulsives qui ferait défaut. C'est le plus souvent une mauvaise gestion de ces fonctions exécutives qui affecte les enfants qui souffrent d'un TDAH (Barkley, 1998, 2005; Thomas *et al.*, 2007). Ce serait donc le manque d'inhibition comportementale (l'impulsivité) qui serait le facteur central de discrimination du TDAH, par rapport aux autres troubles mentaux, et non l'inattention, comme l'indique le DSM-IV-TR (Rubia, Taylor, Smith, Oksanen, Overmeyer, & Newman, 2001). Barkley (1998) précise que l'inattention serait secondaire au trouble comportemental et au manque d'inhibition.

1.9 Troubles associés et diagnostic différentiel

L'APA (2003) indique qu'il peut être difficile de distinguer les symptômes du déficit de l'attention/hyperactivité des comportements appropriés à l'âge chez des enfants actifs. Il existe un haut degré de troubles associés à des symptômes reliés au TDAH rendant difficile le diagnostic (Charach, 2010; Goldman *et al.*, 1998; Kutscher, 2010; Sattler, 2002).

Selon l'OMS (2001), les enfants hyperkinétiques sont mal acceptés par les autres enfants, ce qui peut les conduire à un isolement social. Selon cette organisation, ces troubles s'accompagnent souvent d'un déficit cognitif et d'un retard spécifique du développement et de la motricité et du langage (Barkley & Wilens, 2005; OMS, 2001). Barkley (2005), pour sa part, évalue le retard moyen de développement de l'autocontrôle à 30 % : ainsi, l'enfant de 12 ans se comporte comme s'il en avait 9; l'adulte de 24 ans, comme s'il avait 16 ans et n'atteindra jamais la pleine maturité (Barkley & Wilens, 2005).

Il peut également survenir des complications comme un comportement dyssocial et une baisse de l'estime de soi d'où le chevauchement important entre l'hyperkinésie et d'autres types de comportement perturbateurs comme le trouble des conduites, type mal socialisé (OMS, 2001). Le DSM-IV-TR (2003) ajoute que les enfants atteints d'un TDAH présentent souvent les caractéristiques suivantes : une faible tolérance à la frustration, des excès de colère, de l'autoritarisme, de l'entêtement, de l'insistance à l'excès à ce que leurs demandes soient satisfaites, une labilité de l'humeur, de faibles performances scolaires et des conflits avec la famille et les autorités scolaires. Le manque d'application pour les tâches qui exigent un effort soutenu est souvent interprété comme une preuve de paresse, un refus des

responsabilités ou un comportement d'opposition (DSM-IV-TR, 2003). *À contrario*, la prise de certains médicaments peut produire les symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité et ne doivent pas être interprétées comme un TDAH (DSM-IV-TR, 2003).

Sur le plan du QI, le DSM-IV-TR (2003) indique que généralement, chez les élèves atteints de TDAH, il est inférieur de plusieurs points par rapport à la moyenne des enfants du même âge. Parallèlement, il y a une grande variabilité du QI dans cette population : des sujets ayant un TDAH peuvent faire preuve d'un développement intellectuel au-dessus de la moyenne (DSM-IV-TR, 2003). Les symptômes d'inattention sont fréquents chez les enfants ayant un QI faible placé dans des classes qui ne correspondent pas à leurs capacités intellectuelles. À l'inverse, il se peut qu'un enfant d'intelligence élevée soit inattentif dans un environnement scolaire insuffisamment stimulant (APA, 2003).

Le TDAH est moins un trouble simple qu'un trouble associé à d'autres troubles (Kutscher, 2010). Selon l'APA (2003), la moitié des enfants présentent également un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble des conduites. L'OMS (2001) conclut à l'individualisation d'un ensemble de troubles dont l'hyperkinésie est le problème central.

De son côté, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2001) rapportent l'incidence de la morbidité associée au TDAH dans les proportions suivantes : trouble oppositionnel avec provocation, 30 à 50 %; trouble des conduites, 25 %; trouble anxieux, 25 %; trouble de l'humeur, 18 %; et trouble d'apprentissage, 15 à 60 %. Kutscher (2010) précise qu'il existe une myriade de troubles concomitants qui accompagnent souvent le diagnostic de TDAH. Ces troubles peuvent souvent être confondus avec le TDAH ou coexister avec celui-ci et, dans ce cas, aggraver mutuellement les symptômes de ces troubles (Kutscher, 2010). Parmi les troubles concomitants au TDAH, ou qui peuvent se présenter seuls, mais qui comportent des symptômes qui s'apparentent au TDAH, les plus souvent cités sont les suivants : abus de substances, déficience intellectuelle, Syndrome de Gilles de la Tourette ou d'Asperger, troubles bipolaires, tics, trouble obsessionnel-compulsif, troubles moteurs, maladie de la glande thyroïde, carence en fer, trouble du sommeil, difficultés auditives, toxicomanie et trouble de la personnalité (CMQ, OPQ, 2001; Kutscher, 2010; Menache *et al.*, 1999).

1.10 L'évaluation

Les buts et les difficultés

Lorsqu'un jeune est référé pour une évaluation psychologique, le professionnel poursuit souvent plusieurs objectifs (Béland, 2004). L'évaluation doit servir, entre autres, à trouver un type d'intervention qui facilitera l'intégration sociale et scolaire de l'enfant qui présente des difficultés. Pour ce faire, l'évaluateur doit pouvoir déterminer quelles sont ces difficultés. S'agit-il d'un TDAH ou d'un autre trouble? De quel type de TDAH s'agit-il? La précision du diagnostic servira à l'élaboration de mesures correctrices appropriées. L'évolution de l'élève sera également mesurée en rapport avec ce diagnostic.

Poser un diagnostic de TDAH nécessite la reconnaissance des critères diagnostiques classés selon la présence de symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité (Chevalier, Guay, Achim, Lageix & Poissant, 2006; DSM-IV-TR, 2003; Goldman *et al.*, 1998; Sattler, 2002). Ainsi, le professionnel qui pose un tel diagnostic doit pouvoir démontrer que les symptômes observés amènent des difficultés importantes dans la relation avec le(s) parent(s), dans le milieu scolaire ou dans les relations avec les pairs (CIM-10, 2001; DSM-IV-TR, 2003; DuPaul & Stoner, 1994; Écrement *et al.*, 2000; Lavigneur *et al.*, 2005).

Dans le DSM-IV-TR (2003), il est indiqué que l'évolution des symptômes du TDAH s'exprime par un excès d'activité motrice chez les enfants de moins de six ans. Toutefois, afin de ne pas confondre avec une hyperactivité normale, le diagnostic ne devrait pas se faire avant la fréquentation de l'enfant à l'école primaire (DSM-IV-TR, 2003). La CIM-10 indique qu'il est difficile de diagnostiquer le trouble hyperkinétique avant l'âge de six ans en raison de la variabilité des comportements chez les enfants à bas âge; à moins d'écart extrêmes.

Hallowell et Ratey (1995) relatent que les professionnels se préoccupent souvent peu des conséquences sociales liées au TDAH. Ces auteurs expliquent la différence entre les symptômes primaires (distraction, impulsivité, agitation) et secondaires (faible estime de soi, ennui, frustration à l'école, peur d'apprendre de nouvelles choses, difficultés dans les relations amicales) du TDAH en ajoutant que plus le diagnostic se fait tôt, plus les symptômes secondaires seront faciles à gérer. Il est donc tout aussi important de porter

attention aux aspects comportementaux du TDAH qu'aux effets du trouble sur la vie affective et sociale du jeune. Il est spécifié, dans le DSM-IV-TR (2003), qu'aucun examen complémentaire ni aucun examen neurologique, ni aucune évaluation de l'attention ne peuvent être considérés comme ayant une valeur diagnostique pour le TDAH. Certains tests neuropsychologiques demandant un effort intellectuel soutenu se sont avérés anormaux chez des sujets ayant ce trouble comparativement à ceux des pairs, mais ces tests n'ont pas fait la preuve de leur utilité pour déterminer si un sujet en particulier présente le trouble (DSM-IV-TR, 2003). De son côté, dans une étude menée auprès de 100 enfants à l'Hôpital Rivière-des-Prairies en 2003, Guay, Lageix et Parent précisent que les tests et les questionnaires d'évaluation peuvent détecter assez fidèlement un TDAH, mais qu'ils sont moins précis à établir le diagnostic différentiel (Guay, Lageix & Parent, 2006). Par conséquent, le jugement clinique et les rencontres avec l'enfant et les parents de même que l'observation directe deviennent primordiaux pour établir un diagnostic de TDAH (Guay, Lageix & Parent, 2006).

Au Québec, les principaux acteurs (CMQ, MÉLS, MSSS et OPQ) optent pour une approche prudente en recommandant qu'une évaluation multidisciplinaire soit effectuée de façon à éliminer tout autre diagnostic possible et à considérer tous les facteurs pouvant contribuer aux difficultés observées (Demaray, Elting & Schaefer, 2003; MÉQ, 2000).

1.11 Méthode d'évaluation recommandée

Le TDAH nécessite un diagnostic clinique pour plusieurs raisons. D'abord, en dépit de la présence de mécanismes physiologiques dans tous les cas de TDAH, il n'existe pas de marqueur biologique, identifié à ce jour, qui permettrait de faire un diagnostic médical avec certitude (Barkley, 2005; Bédard *et al.*, 2002; Dumas, 2002; Goldman *et al.*, 1998; MÉLS, MSSS, 2003). Concernant les tests ou questionnaires spécifiques comme les échelles de comportements, ils ne peuvent à eux seuls justifier le diagnostic puisque ce dernier repose sur un ensemble de données issues de différents milieux (CMQ, OPQ, 2001; Sattler, 2002). Finalement, l'ensemble des informations recueillies ne peut se substituer au diagnostic du médecin ou à l'impression clinique du psychologue (CMQ, OPQ, 2001). Bien que l'Ordre des psychologues et le Collège des médecins du Québec prescrivent une approche multidisciplinaire, ils ne recommandent pas d'emblée de consulter les services de troisième

ligne du réseau de la santé, soit en pédopsychiatrie, en neurologie ou en neuropsychologie, à moins que le cas soit considéré complexe et que des troubles associés ou connexes soient soupçonnés ou identifiés (CMQ, OPQ, 2001). Ces deux Ordres professionnels, de même que le MÉLS et le MSSS (2003) proposent un processus d'évaluation en trois phases : 1) l'accueil de la demande et du demandeur; 2) la collecte structurée des informations; et 3) la confirmation des hypothèses (CMQ, OPQ, 2001). Dans tous les cas, l'évaluation doit se faire dans différents milieux de vie de l'enfant comme à la maison, à l'école et dans les activités de loisirs. La description des phases d'évaluation est extraite du document de référence, pour le présent travail, publié par le CMQ et l'OPQ, en 2001, auxquelles sont ajoutées les recommandations issues de récentes recherches en matière d'évaluation du TDAH.

La première phase, l'accueil, consiste, en fait, au motif de consultation du demandeur (parent, enseignant, tuteur ou jeune). Le demandeur doit avoir la possibilité de dire dans ses propres mots les difficultés observées ou éprouvées (MÉLS, MSSS, 2003). La première rencontre permet de recueillir des données de l'anamnèse sur le jeune en difficulté. De cette entrevue, le psychologue fait des hypothèses diagnostiques qui influenceront le choix de l'information à recueillir aux étapes suivantes.

La deuxième phase, la collecte structurée d'informations, constitue probablement l'étape la plus floue, compte tenu de la grande diversité des sources, et le cœur de la présente thèse. C'est dans cette phase que la majorité des données seront cueillies. À cette étape, le travail peut être partagé par différents intervenants ou professionnels issus du milieu de la santé et des services sociaux ou de l'éducation. Les renseignements qu'il importe de recueillir, selon le MÉLS et le MSSS, de même que ceux de l'OPQ, sont listés ci-après.

Le problème est d'abord défini par la nature et l'intensité des manifestations. Ces informations sont recueillies par l'évaluation de l'évolution des difficultés, le contexte d'apparition, ce qui exacerbe ou atténue l'intensité des difficultés et la perception du demandeur à l'égard du problème.

Afin de faciliter le diagnostic différentiel, les antécédents périnataux sont essentiels à savoir : les données sur la grossesse; l'accouchement comme la durée du travail, les complications; le poids à la naissance; les problèmes de santé de la mère à la naissance de

l'enfant; les infections; les habitudes de consommation de la mère pendant la grossesse comme les intoxications, la malnutrition, etc. L'évaluateur doit connaître l'histoire médicale de l'enfant comme les maladies passées, présentes de même que la médication ou encore les accidents vécus par le jeune. Le développement psychobiologique de l'enfant, par rapport aux stades de développement normal, est évalué en tenant compte de l'évolution du langage, de la croissance, de la motricité, de la propreté, de l'alimentation, des premiers pas, de la socialisation, des traits de personnalité, du sommeil et des différents apprentissages. Il faut noter les différents troubles mentaux de l'enfant, notamment le retard mental, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles psychotiques, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les tics, les abus d'alcool ou autres substances, la criminalité, les abus physiques ou sexuels. L'histoire familiale et sociale est évaluée par les antécédents génétiques, les relations familiales avec les parents et la fratrie, les habitudes de vie, la structure familiale, le type de discipline, etc. (Lecomte & Poissant, 2006). Les forces du jeune sont notées par ses talents, ses habiletés, ses goûts, ses loisirs et ses motivations (Dubé, 1992; Kutscher, 2010). L'histoire du comportement doit être décrite par le relevé des comportements problématiques et normaux comme la capacité de se faire des amis, le nombre d'amis, l'alimentation, l'autonomie, l'agressivité, l'anxiété, l'opposition, le retrait social ainsi que tous les comportements jugés anormaux pour l'âge et le QI de l'enfant.

L'histoire scolaire est notée à l'école et à la maison. Cette histoire doit comprendre des informations sur le comportement à l'école, avec les autres élèves, les échecs, les productions, les bulletins scolaires, la qualité du travail, la performance, les changements d'écoles, la relation avec les enseignants, le rapport avec l'autorité, etc.

Tous ces renseignements peuvent être recueillis à l'aide de questionnaires, d'entrevues structurées ou non structurées auprès des parents, du jeune, des enseignants et de toutes personnes significatives de son entourage pouvant apporter des informations pertinentes (CMQ et OPQ, 2001; Kronström & Morasse, 2002; Kutscher, 2010). Plusieurs échelles de comportements sont de bons outils exploratoires et d'évaluation. Toutefois, bien qu'elles permettent de connaître la vision et l'opinion des personnes en contact avec l'enfant, elles ne peuvent justifier à elles seules le diagnostic d'un TDAH (Chevalier *et al.*, 2006; CMQ, OPQ, 2001). Ces échelles sont soit non spécifiques, comme l'*Achenbach System of*

Empirically Based Assessment (ASEBA, 2010), l'*Évaluation des Dimensions du Comportement* (EDC de Bullock & Wilson, 1993), le *Parental Stress Inventory-PSY* (1990), etc., soit spécifiques aux comportements liés au TDAH, comme l'*Échelle d'Asselin*, l'*Échelle de Poulin*, les *Échelles de Conners*, (Chevalier *et al.*, 2006; CMQ, OPQ, 2001; Kronström & Morasse, 2002; Sattler, 2002).

Selon le CMQ et l'OPQ (2001), l'observation de l'enfant dans l'école constitue un aspect de l'évaluation qui fait appel aux techniques d'observation comportementales. Les grilles d'observation sont recommandées afin de préciser en termes observables et mesurables les comportements de l'élève avec ses pairs, dans la classe ou ailleurs dans l'école (Chevalier *et al.*, 2006).

L'entrevue avec l'enfant est importante puisqu'elle permet, entre autres, d'évaluer le niveau de conscience du jeune de ses difficultés et sa motivation à changer des aspects de son comportement ou de sa vie. Elle permet surtout d'observer des comportements spécifiques comme l'opposition ou l'anxiété (Verreault & Berthiaume, 2006; Kronström & Morasse, 2002; MÉQ, MSSS, 2003). Avec l'enfant, il est recommandé d'utiliser le test *Dominique* et les *Échelles de Brown* ou *Conners enfants révisés* (Kronström & Morasse, 2002), ou encore, la version française du *Revised Children's Anxiety Scale* (SCAS : Spence, 1998) (Verreault & Berthiaume, 2006).

L'entrevue avec les parents donne de bonnes indications sur le comportement du jeune dans d'autres milieux comme les loisirs, la maison et en présence d'autres membres de la famille ou d'amis. Ces informations peuvent être recueillies à l'aide d'échelles de comportement comme le *Conners-R-parents*, le *Child Behavior Checklist* (CBCL : Achenbach et Edelbrock) (Chevalier *et al.*, 2006; Kronström & Morasse, 2002; Sattler, 2002).

L'entrevue avec l'enseignant, incontournable selon l'OPQ (2001), et l'observation directe en milieu scolaire, sont des sources importantes d'information puisqu'elles servent à décrire le comportement du jeune concernant le rendement scolaire, l'apprentissage, l'attention à la tâche, les difficultés rencontrées, les réactions devant l'autorité, les interactions avec les pairs. Ces comportements peuvent être relevés par l'enseignant par la

complétion d'échelles de comportement comme l'*Échelle d'évaluation des dimensions du comportement* (EDC: Bullock, *et al.*, 1993), destiné aux enseignants, ou le *Conners-R-enseignant révisé* (Kronström et Morasse, 2002). D'autres milieux comme les centres de la petite enfance et les organisations sportives peuvent compléter la cueillette d'informations (MÉQ, MSSS, 2003).

Finalement, l'évaluation psychométrique permet de mesurer des fonctions cognitives comme l'attention, la mémoire de travail et, à long terme, l'inhibition, la motricité, le langage, la lecture et l'écriture, ainsi que les capacités intellectuelles et d'apprentissage (Kronström & Morasse, 2002; Sattler, 2002; Willcutt *et al.*, 1999). Parmi les tests les plus utilisés, le *Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition* (WISC-IV), l'*Auditory Continuous Performance Test* (ACPT), le *Neuro Psychology* (NEPSY), le *Test of Everyday Attention for Children* (TEA-ch), le *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) sont recommandés (MÉQ, MSSS, 2003). Pour des cas plus complexes, une évaluation en neuropsychologie, en orthopédagogie ou en ergothérapie peut être indiquée afin de mieux cerner la nature des difficultés (Kronström & Morasse, 2002; MÉQ, MSSS, 2003; Chevalier *et al.*, 2006). Lorsque des hypothèses supposent la présence de composantes d'aspect affectif venant interférer avec le comportement du jeune, l'usage de tests de type projectif revêt une importance particulière selon le MÉQ et le MSSS (2003). Le *Dominique interactif* peut également être utilisé à cette fin (Moss, Smolla, Guerra, Mazzarello, Chayer & Berthiaume, 2006; Sattler, 2002; Valla, Bergeron & St-Georges, 1996).

La troisième phase, la confirmation des hypothèses, consiste à faire la synthèse de toutes les informations recueillies et à préciser et quantifier certains aspects des comportements perturbateurs : la persistance, la constance, la fréquence et l'intensité (CMQ, OPQ, 2001; Dubé, 1992; Kronström & Morasse, 2002; Sattler, 2002). À cette étape, il est suggéré une approche multidisciplinaire puisque le TDAH est un problème complexe (CMQ, OPQ, 2001; MELS, MSSS, 2003; Kronström & Morasse, 2002; Willcutt *et al.*, 1999). Le diagnostic étant réservé au médecin (Projet de loi no 21, 2009; Association Panda, 2007; OPQ, 2012), le psychologue lui fournit, par son évaluation psychologique, toutes les informations pertinentes à ce diagnostic (CMQ, OPQ, 2001; Brault, 2005). De plus, le psychologue est en mesure de faire des recommandations sur le traitement en proposant

plusieurs modes d'intervention d'ordre psychosocial. Afin de rassembler toutes ces informations, un tableau synthèse a été proposé par l'OPQ et le Collège des Médecins (2001) (voir appendice A).

1.12 Formation et responsabilités des psychologues

Bien que la formation universitaire garantisse la compétence des psychologues par l'obtention d'un diplôme de doctorat en psychologie, ils n'ont pas d'obligation spécifique de formation à suivre au cours de leur carrière en tant que professionnels. Toutefois, la récente loi 21, qui entrera en vigueur le 21 juin 2012, obligera les psychologues à suivre une formation continue afin de conserver leur droit de pratiquer des évaluations neuropsychologiques (OPQ, 2012). Au moment de la rédaction de la présente thèse, la formation continue est laissée à la discrétion des psychologues. Depuis quelques années, l'Association Québécoise des Psychologues Scolaires (AQPS) propose une formation continue afin d'obtenir ou de maintenir une reconnaissance de psychologue scolaire accrédité, décernée par l'AQPS. Au niveau de leurs responsabilités ou de leur charge de travail, il n'y a pas de limite préétablie par le Code de déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec. La seule obligation pour un psychologue est de s'assurer qu'il est en mesure de fournir un travail professionnel à tous égards en accord avec les articles 5, 7 10, 38 et 39 du Code de déontologie de l'OPQ (OPQ, 2012)

1.13 Le milieu de travail des psychologues scolaires au primaire

Dans le cadre de cette étude, les tâches et responsabilités des psychologues scolaires ne seront pas décrites en détail. Toutefois, il est acquis que ces derniers exécutent un travail colossal au quotidien, selon les différents communiqués et colloques de l'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS). Les éléments suivants ont été recueillis dans un seul communiqué de cette association, écrit par Céline Brault, M. Ps. psychologue scolaire, en novembre 2005 intitulé *La psychologie scolaire au quotidien*. Elle écrit ceci :

« Chaque début d'année apporte son lot de changements : une ou deux écoles inconnues, de nouvelles personnes (direction, enseignants, éducateurs...) et les enfants qui ont grandi ou changé d'école. Des situations d'urgence se présentent, comme ce petit bonhomme

qui arrive en maternelle avec d'importants retards de développement qui n'ont jamais été évalués ou cet autre que la DPJ ramène dans sa famille et qui aura besoin de soutien particulier. Ça prend beaucoup de « psychologie » pour aborder les parents inquiets qui connaissent le milieu scolaire à partir de leur propre expérience parfois négative ou pour soutenir cet enseignant qui aura à intégrer un enfant aux prises avec un trouble envahissant du développement (TED) pour la première fois. Un enfant dysphasique est évalué à l'âge de 4 ans par l'orthophoniste. Celle-ci demande ma contribution pour établir le diagnostic, puis elle assurera ensuite un suivi individuel, guidera les parents, l'enseignante et l'orthopédagogue dans leurs interventions. Je demeure disponible au besoin pour évaluer davantage ou pour intervenir. Cet autre enfant est particulièrement turbulent en classe. L'enseignante me consulte à son sujet. Je regarde avec elle des pistes d'intervention auprès de l'enfant et des moyens pour avoir la collaboration des parents. Comme la psychoéducatrice intervient déjà dans la classe pour un autre enfant, l'échange se fait à trois. Dans un deuxième temps, l'évaluation psychologique pourra être utile pour nous guider. Dans un autre cas, une enseignante inquiète me dit qu'une enfant nouvellement arrivée est « bizarre ». Je vais d'abord contacter l'école antérieure, faire venir les dossiers existants avec l'accord du parent, observer en classe et rassurer l'enseignante. Ensuite, c'est en nous appuyant sur des données d'observation et d'évaluation multidisciplinaires que nous pourrions référer l'enfant et sa famille vers des services plus spécialisés. La tâche du psychologue scolaire est aussi d'outiller l'enseignante pour favoriser les apprentissages de cette enfant. Notre école accueille une classe d'enfants de 6 ans présentant tous des retards de développement sur les plans intellectuel, moteur et langagier. Notre objectif s'avère de leur offrir un bain de stimulation pour permettre à certains d'intégrer la première année par la suite. Chaque professionnel y contribue selon son domaine spécifique auprès des enfants, auprès des parents et en soutien à l'enseignante. Il faudra réévaluer les besoins de chacun en fin d'année. Une éducatrice vient me voir parce qu'elle vit certaines difficultés relationnelles avec sa collègue enseignante, avec laquelle elle passe 25 heures par semaine. Elle n'ose pas aller voir le directeur parce qu'elle ne veut pas faire empirer les choses. Nous regardons ensemble des stratégies d'intervention pour améliorer la situation. » (pp. 34-35).

Ce que cet extrait révèle, c'est que les psychologues scolaires peuvent être souvent débordés par différentes situations d'urgence ou pour faire des suivis adéquats auprès des enfants, des enseignants, des parents et autres intervenants. À cela il faut préciser que la majorité des psychologues scolaires travaillent dans plusieurs écoles à la fois (MÉLS, 2007). C'est en tenant compte de cette réalité qu'il devient important de souligner quelques faits lorsqu'on considère les exigences prescrites en matière d'évaluation de TDAH par l'Ordre des psychologues du Québec (CMQ, OPQ, 2001). En 2004, il y avait 974 psychologues scolaires pour 1 010 179 élèves du primaire et du secondaire au Québec, pour l'année 2004 – 2005 (OPQ, 2004; MÉLS, 2007). Il y avait donc un psychologue pour 1 037 élèves du primaire et secondaire; en supposant une répartition égale des ressources.

Or, les psychologues scolaires n'ont pas tous les mêmes ressources. En effet, les régions administratives se distinguent, entre autres, par une grande disparité du nombre d'étudiants dans chacune d'elles sans égard à la grandeur du territoire que couvre chacune de ces régions. Par exemple, en 2005 – 2006, la région administrative de Montréal comptait 116 283 élèves au primaire alors que la région de la Côte-Nord en comptait 6 954 (MÉLS, 2007). Quant aux soins de santé au Québec, comme les médecins ont la responsabilité ultime du diagnostic (CMQ, OPQ, 2001) et qu'il est connu qu'ils soient moins accessibles en région que dans les grands centres urbains, il est possible que cette situation influence les méthodes utilisées par les psychologues en région lorsqu'ils font leur évaluation. Les psychologues des régions éloignées ont sous leur responsabilité des écoles qui sont géographiquement éloignées de plusieurs centaines de kilomètres les unes des autres; ce qui nécessite un temps de déplacement plus important que leurs collègues des grands centres. L'organisation du travail est potentiellement très différente les uns par rapport aux autres. Est-il possible que les méthodes d'évaluation d'un élève divergent selon qu'il s'agisse d'un psychologue oeuvrant en région comparativement à leur collègue des grands centres? La variabilité présumée entre les psychologues s'appuie aussi, entre autres, sur la répartition des contributions entre tous les intervenants possibles comme les médecins et les spécialistes, et les différents modes d'évaluation nécessaires comme l'observation, les tests psychométriques, les entrevues et les rencontres avec les parents, les enseignants et l'élève.

Toutefois, les psychologues ont une responsabilité équivalente quelque soit leur lieu de pratique. Il est donc présumé d'une homogénéité dans les pratiques des psychologues dans chacune des régions où ils travaillent et ce, peu importe leurs conditions de travail ou leur niveau de responsabilités. L'Ordre des psychologues du Québec prescrit un temps minimal de dix heures pour faire une évaluation de TDAH chez un enfant (CMQ, OPQ, 2001). Compte tenu de la charge de travail des psychologues scolaires, des demandes du milieu et du manque de psychologues spécialisés en éducation (Brault, 2005), il semble pertinent de dresser un portrait de la réalité des psychologues en régions peu densément peuplées.

1.14 Les objectifs principal et secondaire de la présente recherche

La recension des écrits indique une grande variabilité de présentation de symptômes qui peuvent porter le psychologue ou le médecin à soutenir ou à ne pas soutenir un diagnostic de TDAH chez un enfant. L'objectif principal de la présente étude est de faire un compte-rendu des méthodes et des instruments de mesure utilisés par les psychologues scolaires lorsqu'ils reçoivent une demande d'évaluation pour un enfant qui présente des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité. De ce compte rendu, il s'agit de comparer les pratiques suivies par les psychologues scolaires avec les pratiques prescrites par l'OPQ en 2001. Ces pratiques, publiées par l'OPQ, sont résumées dans le tableau synthèse en appendice A. Selon les résultats obtenus, il sera possible de dégager des hypothèses pouvant expliquer les écarts observés. Par exemple : est-ce que le nombre d'étudiants ou le nombre de dossiers, sous la responsabilité du psychologue scolaire, ou encore la récence de la formation ou le nombre d'heures de formation spécifique sur le TDAH sont des facteurs significatifs qui expliqueraient ces éventuels écarts?

L'objectif secondaire de la présente étude est de déterminer s'il existe une différence significative, en matière d'évaluation du TDAH, entre les psychologues travaillant dans les régions moins densément peuplées, comme en Abitibi ou sur la Côte-Nord, comparativement à leurs collègues des grands centres urbains.

Afin d'atteindre les objectifs principal et secondaire, les sous-objectifs suivants sont poursuivis : 1) Identifier les caractéristiques des répondants et les variables sociodémographiques des psychologues scolaires; 2) Identifier les critères principaux sur

lesquels repose le diagnostic; 3) Identifier les instruments de mesure utilisés lors de l'évaluation; 4) Identifier le temps que les psychologues consacrent à l'évaluation; 5) Identifier les troubles associés au TDAH; 6) Identifier les principaux collaborateurs dans l'ensemble du processus d'évaluation à partir de la demande jusqu'à la référence ou au diagnostic; 7) Identifier les actions que les psychologues scolaires posent suite à une demande d'évaluation (entrevues, examens, tests, rencontres, observations, références); 8) Mesurer le ratio entre les élèves référés au psychologue par rapport à ceux qui ont reçu une évaluation psychologique de TDAH ou un diagnostic de TDAH suite à son évaluation.

1.15 Apport de la présente recherche

La présente étude empirique et descriptive, à notre connaissance inédite, permet de donner une lecture des pratiques suivies en matière d'évaluation du TDAH par les psychologues scolaires du primaire au Québec. Cette étude permet de connaître les instruments utilisés par les psychologues scolaires lors d'une évaluation du TDAH. De plus, il est intéressant d'observer, le cas échéant, les divergences dans les méthodes d'évaluation en fonction des orientations théoriques des psychologues scolaires, des variables sociodémographiques comme le nombre d'années de pratique ou de formation, doctorale ou non, et du nombre d'élèves sous leur responsabilité. Cette étude permet aussi d'évaluer l'importance du rôle du psychologue scolaire dans le processus diagnostique du TDAH en comparant les élèves référés pour une évaluation de TDAH et ceux qui en recevront le diagnostic après l'évaluation psychologique de ce dernier. Le cas échéant, cette étude permettra de déterminer s'il existe des différences, dans le processus d'évaluation de TDAH, entre les psychologues travaillant en régions éloignées et leurs collègues des grands centres urbains. Finalement, dans le cas de différences notables entre les pratiques évaluatives réelles et celles prescrites, cette étude permettra de suggérer des méthodes d'évaluation du TDAH mieux adaptées à la réalité du travail des psychologues.

CHAPITRE II

MÉTHODE

Afin de recueillir les informations nécessaires à la présente étude, la procédure suivie est la suivante: à partir de la documentation pertinente et de l'expertise de spécialistes dans le domaine du TDAH, un questionnaire a été bâti regroupant les principales méthodes d'évaluation recommandées. Ensuite, le choix d'une méthode de distribution et de cueillette de ces questionnaires a été déterminé afin d'assurer la représentativité de la population sondée à l'échelle québécoise. Les réponses obtenues de cette cueillette ont été compilées dans un chiffrier électronique afin d'en tirer les principaux éléments. Ces étapes sont expliquées en détail.

2.1 Population étudiée

La démarche de recrutement est effectuée auprès de tous les psychologues scolaires travaillant au primaire dans les 17 régions administratives délimitées par le ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport du Québec (MÉLS, 2011). Cette population est estimée à 350. Ce chiffre ne peut être défini avec exactitude pour plusieurs raisons. Par exemple, les psychologues peuvent être embauchés sur une base contractuelle ou régulière, créant ainsi un mouvement de personnel constant au sein des commissions scolaires; que les psychologues ne sont pas tous membres de l'Association de psychologues scolaires du Québec (AQPS), environ un quart à un tiers de la population n'est pas membre de cette association, selon nos propres résultats; et que les psychologues scolaires ne sont pas uniquement affectés à un seul niveau d'enseignement, mais peuvent travailler auprès d'élèves du secondaire ou du primaire, selon les besoins de leur employeur.

2.2 Échantillon

Bien que la population de psychologues scolaires travaillant auprès des élèves du primaire au Québec soit une population finie (Alalouf, Labelle & Ménard, 2002), il aurait été impossible de sonder l'ensemble de la population à cause, entre autres, du coût, des délais estimés et de l'intérêt des psychologues à répondre aux sondages. Il fallait donc s'assurer que l'échantillon soit le plus représentatif possible de la population de psychologues et, par ricochet, de la population d'élèves évalués. La sollicitation a été effectuée auprès de la presque totalité des commissions scolaires dans les 17 régions administratives. Dans ce genre d'enquête, selon Emory & Cooper (1991), l'espérance de participation est de 10 à 15 % des psychologues sollicités. Ne pouvant mesurer le degré de dispersion de la population des psychologues scolaires à travers les régions, la proportion échantillonnale entre ces régions administratives est aléatoire. Toutefois, les demandes de participation auprès des commissions scolaires dans les régions administratives non représentées ont été refaites jusqu'à ce que toutes les régions soient représentées par au moins un participant.

Le choix de la sollicitation dans toutes les régions administratives provient de la probabilité d'hétérogénéité des régions et de l'homogénéité des membres de chacune des régions dans leur mode d'évaluation, tel que mentionné dans le chapitre précédent. Ainsi, afin d'obtenir la meilleure représentativité de l'échantillon, la sollicitation générale de tous les psychologues scolaires du primaire, dans toutes les régions administratives, semble ici la plus pertinente et pourrait être considérée comme un échantillonnage en grappe (Alalouf *et al.*, 2002; Béland, 2004; Emory & Cooper, 1991).

Afin d'améliorer l'aspect aléatoire de l'échantillon, les participants doivent sélectionner les deux derniers dossiers d'élèves qu'ils ont évalués, soupçonnés de TDAH. Le choix des deux derniers dossiers par participant vise à augmenter la probabilité qu'ils reflètent la pratique courante du psychologue. Toutefois, il n'est pas possible de valider la procédure qui est laissée au jugement des répondants. Les données nécessaires à la présente enquête sont recueillies à partir des dossiers d'élèves référés pour une évaluation d'hyperactivité ou de TDAH récemment. L'entête du questionnaire, destiné aux informations contenues dans le dossier d'un élève, en décrit les paramètres. (Voir l'appendice D.)

Les participants doivent remplir trois questionnaires à partir de leurs caractéristiques personnelles et des informations contenues dans deux dossiers d'élèves qui ont été référés récemment parce qu'ils présentaient des symptômes d'inattention, d'impulsivité ou d'hyperactivité.

2.3 Variables observées

Les données recueillies au cours de cette enquête sont celles incluses dans les questionnaires présentés en appendice D. Les variables à l'étude sont les suivantes : (a) les variables sociodémographiques des participants : sexe, expérience en psychologie scolaire, formation universitaire et orientation théorique; (b) le nombre d'élèves sous la responsabilité du psychologue; (c) les données sociodémographiques des élèves faisant partie de l'étude : le sexe, l'âge, le niveau scolaire, la consommation de médicaments; (d) le ou les demandeurs de l'évaluation de l'enfant; (e) la consultation médicale préalable à la demande d'évaluation; (f) les critères diagnostiques utilisés par les psychologues; (g) les différents instruments de mesure utilisés : entrevues, questionnaires, échelles de comportements, tests d'intelligence et autres tests psychométriques, tests projectifs, tests de personnalité, observations, analyse de données scolaires comme les bulletins et les devoirs; (h) les éléments retenus, lors des différentes entrevues avec les élèves, les parents et les enseignants considérés comme les plus déterminants dans le jugement clinique du psychologue; (i) les personnes ressources sollicitées en cours d'évaluation; (j) le nombre d'heures passées à l'évaluation par le psychologue; (k) selon les résultats obtenus, il sera possible de connaître le nombre d'élèves référés pour une évaluation et ceux qui ont effectivement reçu le diagnostic suite à l'évaluation; (l) le médecin ou spécialiste qui a émis le diagnostic final.

2.4 Le questionnaire

Afin de décrire les méthodes d'évaluation des psychologues, un questionnaire a été construit à partir des éléments inscrits dans le tableau synthèse en appendice A du document de référence publié par l'OPQ et le Collège des médecins en 2001. À ce dernier, nous avons ajouté des questions spécifiques à la présente enquête. Le choix de faire compléter les mêmes questionnaires par tous les participants vise à optimiser l'objectivité de la présente étude. En effet, les questions suggèrent des réponses, pour la plupart, dichotomiques ou demandant de

nommer explicitement les instruments utilisés. Cette façon de faire réduit la désirabilité sociale, la suggestivité, le temps de réponse et la contamination des réponses par les questions précédentes et augmente la précision dans l'analyse subséquente (Béland, 2004; Emory & Cooper, 1991). Il est prévu que les questionnaires soient remplis par les répondants en moins d'une heure afin de ne pas créer de l'impatience qui biaiserait les réponses (Emory & Cooper, 1991).

2.4.1 Conception et validation du questionnaire

Le questionnaire a subi plusieurs étapes avant sa rédaction finale. L'élaboration initiale, présentée en appendice B, s'est faite à partir d'une recension des écrits sur le thème du TDAH et du tableau synthèse proposé par le CMQ et l'OPQ en 2001 (voir appendice A). Ensuite, il a été révisé par quatre experts dans l'évaluation du TDAH afin d'en augmenter la validité de construit. Les experts choisis sont 1) une professeure au département de psychologie de l'UQAM, clinicienne et chercheure à l'Hôpital Rivière-des-Prairies de Montréal, spécialisée, entre autres, dans les évaluations d'enfants pour le TDAH; 2) un professeur-chercheur au département de psychologie, au Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'amélioration de la concentration du Centre de neuroscience de la cognition, à l'Institut des Sciences Cognitives et à l'Institut Santé et Société de l'Université du Québec à Montréal; 3) une clinicienne détentrice d'un Ph. D. à l'Hôpital Rivière-des-Prairies de Montréal, spécialisée en troubles de l'attention; 4) et une professeure au département de psychologie de l'UQAM. Ces spécialistes recevaient, avec le questionnaire initial, un formulaire de validation qu'ils devaient compléter et retourner au principal chercheur. Ce formulaire de validation se retrouve en appendice C. Tout au long de ce processus, en fonction des recommandations reçues, des améliorations ont été apportées au questionnaire afin de réduire au minimum l'ambiguïté et d'augmenter la clarté et la pertinence de son contenu. La version finale, présentée aux participants est en appendice D.

2.5 La cueillette des données

Les psychologues scolaires sont recrutés sur une base volontaire suite à la sollicitation du chercheur. Cette sollicitation se fait par des requêtes téléphoniques et par l'envoi de courriels aux coordonnateurs des services psychologiques ou aux responsables

dédiés dans chacune des commissions scolaires du Québec. Les informations sur ces personnes sont obtenues grâce aux sites internet des commissions scolaires. Le discours d'invitation à participer à l'enquête contient des mesures incitatives comme la pertinence de l'étude, la confidentialité, la publication des résultats et les retombées possibles sur la profession. Ces formulaires sont présentés en appendice F. Après avoir obtenu la confirmation de participation par les responsables des commissions scolaires, les questionnaires sont expédiés par la poste en quantité équivalente au nombre de psychologues travaillant auprès des élèves du primaire dans cette commission scolaire. Les questionnaires sont insérés dans des enveloppes-réponses préadressées et affranchies pour le retour. Chacune des enveloppes contient une présentation du projet de recherche, un formulaire de consentement, un formulaire d'intérêt pour les résultats, un questionnaire sur les données sociodémographiques du répondant et deux questionnaires sur les données contenues dans les dossiers des élèves. Les enveloppes-réponses affranchies sont ensuite distribuées aux psychologues par les coordonnateurs de services ou responsables des commissions scolaires.

Ainsi, 244 questionnaires ont été expédiés par la poste et une vingtaine d'autres ont été remis à des collègues psychologues de l'Université du Québec à Montréal.

Les psychologues qui acceptent de participer doivent remplir les questionnaires et envoyer eux même les enveloppes-réponses affranchies par la poste. Les participants ont été sollicités au cours du printemps 2010 et de l'année scolaire 2010-2011.

2.5.1 Récolte des questionnaires

Le retour des questionnaires est assuré par l'affranchissement des enveloppes adressées à l'Université du Québec à Montréal dans une case postale dédiée à cet effet. La sollicitation s'est poursuivie jusqu'à l'obtention d'un nombre de répondants permettant la meilleure généralisation possible des résultats.

2.6 Analyse des données et des résultats

Les données recueillies dans cette étude sont majoritairement de nature quantitative. L'analyse se fait à l'aide de calcul de fréquence, de moyennes, d'écart type, de pourcentage

et d'analyse corrélationnelle de Pearson (Alalouf *et al.*, 2002; Wolf, 1986; Zuccaro & Chéron, 1994). Des tests corrélationnels échantillonnaires de Pearson servent, entre autres, à connaître les différences et les relations entre certaines variables à partir d'éléments comme la formation universitaire, l'expérience du psychologue, la pertinence perçue de chacun des outils d'évaluation, le nombre d'heures passées à l'évaluation et le nombre d'élèves et d'écoles sous la responsabilité du psychologue (Bégin, 2012; Microsoft Excel, 2011; Wolf, 1986; Zuccaro & Chéron, 1994). Certains ensembles de variables sont normalisés afin d'augmenter la validité statistique. Les quelques données qualitatives, comme les actions prises suite à l'évaluation, font l'objet d'une analyse de contenu textuel, dans la mesure où il est possible d'en déduire des tendances. En discussion, nous reprenons les exigences requises par l'OPQ en matière d'évaluation du TDAH et les comparons aux pratiques des psychologues sous forme littéraire en regroupant les points majeurs qui s'en dégagent.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

L'objectif de la présente étude est de dresser un portrait représentatif des méthodes et procédures suivies par les psychologues scolaires du Québec lorsqu'ils reçoivent une demande d'évaluation d'un élève pour un TDAH. L'objectif secondaire étant de vérifier les possibles disparités régionales dans les méthodes d'évaluation utilisées, les résultats sont présentés comme suit: 1) les données sociodémographiques des participants psychologues, suivies des données sociodémographiques des élèves et finalement les données statistiques extraites des réponses obtenues des participants psychologues; 2) des tests corrélationnels de Pearson indiquant les possibles disparités régionales observées. Ces résultats représentent l'essentiel de la base de données et non le contenu exhaustif; seules les informations et les statistiques jugées pertinentes à la présente étude y sont mentionnées.

3.1 Données sociodémographiques des répondants

Des 244 questionnaires distribués par la poste, ajoutés aux quelques 20 autres donnés en mains propres à des collègues psychologues de l'université, 36 psychologues scolaires ont répondu, soit un taux de réponse de 36/264 ou 13,64%. Ce taux de réponse correspond aux attentes projetées, soit entre 10% et 15%, tel que spécifié au précédent chapitre. Cet échantillon est réparti dans 16 des 17 régions administratives du Québec comme en fait foi la carte géographique en appendice E. Cet échantillon est peu représentatif de la population des quelque 350 psychologues scolaires qui œuvrent auprès des élèves du primaire au Québec. En effet, les grands centres urbains sont sous représentés, il n'y a qu'un seul répondant sur l'Île de Montréal et aucun dans les villes de Québec et Laval. Les commissions scolaires anglophones n'ont pas été sondées. L'échantillon comprend 31 femmes et cinq hommes qui ont en moyenne 12,5 années d'expérience en psychologie scolaires avec un écart type de 10,22 et une médiane de 9. Vingt-huit psychologues ont une maîtrise en psychologie, six ont

une scolarité doctorale et deux détiennent un doctorat. Il y a 20 répondants spécialisés en éducation, les autres ont une formation diverse. Les psychologues ont une moyenne de 48,9 heures de formation spécifique sur le TDAH avec un écart type de 74,25 et une médiane de 30,0; le minimum étant de zéro et le maximum étant de 450 heures. Ce maximum de 450 heures apparait exagérément élevé et pourrait être dû à une mauvaise compréhension de la question par le répondant ou une erreur d'inattention de ce dernier. Si on retire cet élément des données de base on obtient ces résultats: $M = 37,1$; $ET = 28,42$; $médiane = 28$; $min = 0$; $max = 100$. Trente-trois psychologues sont d'orientation cognitive comportementale, les trois autres sont d'orientation théorique humaniste, analytique et systémique interactionnelle. Des 36 répondants, 23 sont membre en règle de l'AQPS, soit 63,89%. La même proportion se retrouve quant au régime de travail à temps complet. Chacun des répondants a en moyenne 4,9 écoles sous sa responsabilité avec un écart type de 4,06 et une médiane de 3. Ils ont aussi, en moyenne, 86,2 dossiers à gérer avec un écart type de 63,69 et une médiane de 70 dossiers par psychologue.

3.2 Données sociodémographiques des élèves

Les 36 psychologues scolaires, ayant répondu à la présente étude, ont tous rempli les deux questionnaires en fonction des informations contenues dans deux dossiers d'élèves, dossier A et B, à l'exception d'un d'entre eux qui n'a pas complété le dossier B. Nous avons donc un échantillon $n = 71$.

Cet échantillon compte 52 garçons et 19 filles, âgés de 5 ans et 5 mois à 12 ans et 3 mois, pour une moyenne de 7 ans et 10 mois et une médiane de 7 ans. Ces élèves fréquentent tous l'école primaire, de la première à la sixième année, à part neuf d'entre eux qui étaient à la maternelle au moment de l'évaluation. Soixante-trois élèves sont dans des classes régulières (ordinaires), cinq reçoivent de l'aide et trois élèves sont dans des classes spéciales. Onze élèves ont consulté un médecin avant l'évaluation pour le TDAH, soit 15,49%. Six élèves consomment une forme quelconque de médicament, allant du Concerta à l'Oméga III, pour un total de 8,45%. Concernant la provenance des demandes pour une évaluation, il arrive souvent, selon les données de l'échantillon, qu'il y ait des demandes conjointes. La répartition des demandes d'évaluation est la suivante: 76,06% en provenance des

enseignants, 26,76% en provenance des parents, 14,08% de la direction, 12,68% des médecins, la même proportion pour l'équipe multidisciplinaire et les orthopédagogues ont fait 7,04% des demandes d'évaluation.

Tous les psychologues scolaires utilisent le DSM-IV ou le DSM-IV-TR comme référence diagnostic; aucun n'utilise la CIM-10.

3.3 Données concernant l'élève recueillies directement par le psychologue

En ce qui a trait aux questionnaires et tests faits par les élèves, 98,59% en ont complété au moins un. Le tableau 3.1 résume le contenu de ces tests, leur efficacité à détecter des indices indiquant la présence du TDAH ainsi que les tests les plus souvent utilisés. Dans 18 dossiers où les résultats des premiers tests intellectuels, de performance ou scolaires ont été négatifs, un deuxième test a été exécuté. À 12 occasions, les résultats à ces deuxième tests ont été positifs pour une efficacité de 67%. Dans 27 dossiers, malgré une note positive au premier test intellectuel, de performance ou scolaire, un deuxième test a été complété par l'élève. Il en est de même pour les dossiers où l'élève a passé trois tests ou plus. La décision de faire passer ces tests semble indépendante des résultats obtenus aux tests précédents. Toutefois, bien que ces tests puissent détecter des indices de présence de TDAH, il n'y a pas de corrélation entre l'efficacité de ces tests (capacité à détecter des indices de la présence de TDAH) et les évaluations psychologiques finales avec $r = 0,113$ *ns*. En effet, sur 67 tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaires passés aux élèves, 40 ont détecté la présence de symptômes de TDAH sur une possibilité de 53 évaluations psychologiques attribuées à ces élèves. Il y a eu six faux positifs, c'est-à-dire que les tests ont détecté la présence de TDAH mais qu'à la fin du processus l'élève n'a pas reçu d'évaluation psychologique de TDAH.

Tableau 3.1
Résumé des tests et questionnaires complétés par les élèves

Type de questionnaire ou de test	Nom du questionnaire	Pourcentage d'utilisation par les psychologues %	Pourcentage d'efficacité à détecter les indices de présence du TDAH %
Au moins un questionnaire		98,59	
Test d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaire	Au moins un de ces tests	94,37	59,70
	Deux de ces tests ou plus (n = 46)	64,79	Efficacité au 2 ^e test 81,82
Comme 1 ^{er} test	Wisc-IV/71	76,06	59,26
Comme 1 ^{er} test	WPPSI-III/71	12,68	33,33
Comme 1 ^{er} test	TEA-CH/71	4,23	100
Comme 2 ^e test	TEA-CH/46	63,04	93,10
Comme 2 ^e test	NEPSY/46	10,87	60,00
Comme 2 ^e test	CPT/46	8,70	75,00
	Trois de ces tests	35,21	Efficacité au 3 ^e test 56,00
Test de personnalité, projectif ou de comportements adaptatifs	Au moins un de ces tests	29,58	19,05
	Deux de ces tests	9,86	42,86

Tous les psychologues ont rencontré les élèves qui leurs avaient été référés afin de compléter leur évaluation. Ces rencontres servent à l'administration des tests, mais aussi,

dans une proportion de 54,93%, à d'autres fonctions. Les données qui suivent ne sont pas mutuellement exclusives. Les élèves ont des entrevues formelles dans 36,62% des cas, 11,27% répondent à des questionnaires structurés autres que les tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaires, 12,68% à des questionnaires maison et 7,04% à des échelles de comportement. De ces rencontres sont recueillies les informations contenues dans le tableau suivant.

Tableau 3.2
Renseignements recueillis lors des rencontres avec l'élève exprimés en pourcentage

Renseignements recueillis	Pourcentage où ces données ont été recueillies %
La nature de ses problèmes	49,30
Ses relations avec les autres	50,70
Ses compétences scolaires	39,44
Son contexte familial	45,07
Son contexte scolaire	45,07
Ses activités de loisir	47,89
Ses goûts et préférences	50,70
Sa consommation (alcool, drogues, médicaments...)	7,04
L'identification des personnes significatives	40,85
Les observations du psychologue sur le comportement de l'élève lors des rencontres	45,07

Chez les 71 élèves évalués pour un TDAH, 51 ont fait l'objet d'observations directes, soit 71,83%. Le nombre de fois où ils ont été observés varie de 1 à 12 pour une moyenne de 2,43, une médiane de 2 et un écart type de 2,29 fois. Ces observations sont faites la plupart du temps dans les classes, 64,79%, dans les corridors, 32,39%, dans la cour d'école, 16,90% et/ou dans le gymnase dans 14,08% des cas. Une seule observation directe a été réalisée à

l'aide d'une grille d'observation systématique. Les résultats de toutes ces observations directes ont permis de détecter des indices de TDAH dans une proportion de 74,51% des fois.

Finalement, les données recueillies, par les analyses de résultats, des travaux et des productions de l'élève, de même que les fiches comportementales ou feuilles de route les concernant, sont compilées dans le tableau suivant.

Tableau 3.3
Données recueillies à partir d'informations de sources diverses

Sources	Pourcentage de fois où ces données ont été recueillies %
Analyse des bulletins	80,28
Analyse des devoirs à la maison	18,31
Analyse des productions à l'école	49,30
Analyse des fiches comportementales ou feuilles de route	43,66

3.4 Rencontres et communications avec les parents

Chez les 71 élèves évalués, les parents de ces jeunes ont été rencontrés dans 69 des cas, soit un pourcentage de 97,18%. Les parents sont souvent rencontrés plusieurs fois soit en moyenne 2,68 fois, avec une médiane de 2 et un écart type de 1,99. Au cours des communications avec les parents, les psychologues utilisent des questionnaires structurés, des échelles de comportements ou des questionnaires maison dans 85,92% des cas sur 71 élèves évalués. L'échelle d'évaluation *Conners* pour les parents, dans plusieurs versions différentes, est de loin la plus utilisée avec un total de 50 fois sur 61 possibilités de rencontres avec les parents. En terme absolu, cela représente 70,42% de l'ensemble des évaluations, ou 71 cas. Six questionnaires développementaux non spécifiés ont été présentés aux parents alors que trois questionnaires étaient composés de versions diverses de l'*Achenbach*. Deux questionnaires portaient sur l'anamnèse de l'enfant. L'ensemble de ces questionnaires a permis aux psychologues de trouver des indices de la présence du TDAH chez les élèves dans

une proportion de 77,05%, ou dans 47 des cas sur 61 passations. À 33 occasions, les psychologues ont eu recours à un deuxième questionnaire d'évaluation auprès des parents et ces questionnaires ont détecté, dans 69,70% des cas, la présence d'indices de TDAH. Toutes les communications auprès des parents, comprenant les questionnaires, ont permis de recueillir des renseignements sur les éléments suivants.

Tableau 3.4
Renseignements recueillis lors des rencontres et communications avec les parents des élèves, exprimés en pourcentage par rapport à l'ensemble des 71 élèves

Renseignements recueillis	Pourcentage de fois où ces données ont été recueillies %
La nature de ses problèmes	88,73
Histoire du problème (apparition des premiers symptômes)	94,37
Leur compréhension du problème de l'enfant	88,73
L'histoire développementale de l'enfant (santé, langage, etc.)	92,96
L'histoire périnatale et les antécédents familiaux	90,14
Le tempérament et la personnalité de l'enfant	85,92
Le contexte familial (monoparentalité ou nouvel immigrant)	87,32
L'histoire des relations familiales et sociales de l'enfant	80,28
Les intérêts et les talents de l'enfant	78,87
Les consultations antérieures	83,10
Les comportements observés par les parents	95,77
L'opinion des enseignants rapportée aux parents	64,79
Les travaux scolaires à la maison	77,46
Le style de discipline des parents	80,28
Le degré d'accord entre les parents	66,20
Autres troubles mentaux rapportés (Trouble anxieux...)	16,90

3.5 Rencontres et communications auprès des enseignants

À l'exception d'une seule évaluation, où c'est la technicienne en éducation spécialisée qui a été contactée dans un contexte particulier d'éloignement, tous les enseignants ont été rencontrés et majoritairement plus d'une fois. Ainsi nous avons une moyenne de 3,3 rencontres avec les enseignants pour chaque évaluation d'enfant référé pour un TDAH avec une médiane de 3 et un écart type de 2,55. Ces enseignants ont répondu à des questionnaires structurés, des échelles de comportements ou des questionnaires maison à 64 reprises pour un pourcentage de 90,14% sur les 71 évaluations. Le questionnaire d'évaluation de *Connors* pour enseignants, toutes versions confondues, a été utilisé 54 fois sur 64 ou 84,38% du temps. Le pourcentage de détection d'indices de TDAH, pour l'ensemble des questionnaires, est de 82,81%. À 19 occasions, les enseignants ont dû répondre à un deuxième questionnaire afin de valider l'information reçue des premiers questionnaires. Le pourcentage de détection d'indices de TDAH pour ces deuxièmes questionnaires est de 89,47%. Au cours de ces rencontres, communications ou réponses obtenues par des questionnaires, les renseignements contenus dans le tableau 3.5 ont été recueillis.

Tableau 3.5

Renseignements recueillis lors des rencontres et communications avec les enseignants des élèves, exprimés en pourcentage par rapport à l'ensemble des 71 évaluations

Renseignements recueillis	Pourcentage de fois où ces données ont été recueillies %
La nature de ses problèmes (motif de consultation)	92,96
L'histoire du problème (apparition des premiers soupçons)	78,87
Les comportements observés par le ou les enseignants	97,18
Leur compréhension du problème de l'enfant	84,51
Les facteurs d'exacerbation et d'amélioration du comportement	73,24
Les intérêts et les talents de l'enfant	70,42
Le degré d'intégration avec les pairs	91,55
Les travaux et les productions de l'enfant	88,73

3.6 Degré d'importance accordé aux différentes sources d'informations

À la question 18 du questionnaire, les psychologues devaient, pour chaque dossier, attribuer une note en fonction du degré d'importance accordée à chacune des sources d'informations. Cette note allait de 1, peu important, à 4, très important. Afin de compiler les résultats obtenus, les notes 1 et 2 ont été regroupées ensemble sous l'appellation « peu ou moins important » et les notes 3 et 4 ensemble sous la rubrique « important ou très important ». Les moyennes de toutes les notes obtenues, dans chacune des sources, sont également mentionnées dans le tableau ci-après.

Tableau 3.6
Degré d'importance accordé par les psychologues aux différentes sources de renseignements afin de compléter une évaluation de TDAH, et ce, pour chaque dossier $N = 71$

Sources de renseignements	Moyenne de notes obtenues (de 1 à 4)	Peu ou moins important (1 - 2) %	Important ou très important (3 - 4) %
Tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaires	3,57	4,23	94,37
Tests de personnalité, projectifs, de comportements adaptatifs	2,11	63,38	35,21
Les rencontres avec l'élève hors tests	2,61	42,25	56,34
Les observations directes	3,10	23,74	71,83
Les résultats et les travaux scolaires	2,90	25,35	73,24
Les rencontres et communications avec les parents	3,68	5,63	94,37
Les rencontres et communications avec les enseignants	3,79	2,82	97,18

Note : les pourcentages obtenus ne totalisent pas toujours 100% en raison des quelques omissions de réponses.

Il n'est pas possible de préciser dans quelle mesure l'importance accordée à chaque source d'information est déterminée par la propension du répondant à favoriser une source plutôt qu'une autre, ou par l'importance que ces sources ont jouée dans chacun des deux dossiers sélectionnés. Toutefois, notons que seulement 5 répondants sur 36 ont accordé la même importance à toutes les sources d'informations dans les deux dossiers.

3.7 Le temps consacré à l'évaluation des élèves pour le TDAH

À la question 19, il est demandé d'inscrire le nombre d'heures consacrées à chacun des éléments précédemment énoncés ainsi que le temps total qu'a nécessité l'évaluation de l'élève après avoir été référé pour un TDAH. Le tableau 3.7 en donne le détail. Pour l'ensemble des évaluations, 19 dossiers ont été complétés en moins des 10 heures recommandées par l'OPQ, cependant, sept de ces dossiers n'ont pas reçu d'évaluation psychologique de TDAH, mais d'autres évaluations psychologiques comme des troubles oppositionnels avec provocation ou des troubles de l'audition. Il y a donc 12 élèves sur 56 qui ont reçu une évaluation diagnostic de TDAH en moins de 10 heures, soit 21,43%.

Tableau 3.7
Sommaire des heures nécessaires à l'évaluation du TDAH par les répondants

Élément d'évaluation	Moyenne	Écart type	Médiane
Nombre d'heures totales passées à l'évaluation	14,79	6,68	13,50
Nombre d'heures passées pour les tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaire	3,18	1,98	3,00
Nombre d'heures passées pour les tests de personnalité, projectifs, de comportements adaptatifs ou autres	0,71	1,10	0,00
Nombre d'heures passées aux rencontres avec l'élève excluant les tests	0,79	0,97	0,50
Nombre d'heures passées pour l'observation directe	1,23	2,13	1,00
Nombre d'heures passées pour l'analyse des résultats et des travaux scolaires	0,47	0,34	0,50
Rencontres et communications avec les parents	2,16	1,06	2,00
Rencontres et communications avec les enseignants	1,96	1,33	2,00
Communications autres	0,87	1,15	0,50
Temps passé à la rédaction de rapports	3,08	1,80	3,00
Temps autres	1,32	0,92	1,00

Afin de compléter leurs évaluations, les psychologues ont recours à des spécialistes ou à des personnes ressources dans 88,73% des cas. Dans 83,10% des cas, ils ont recours à des médecins : 46,48% généralistes et 36,62% spécialistes.

3.8 Observations et évaluation psychologique

Les 71 évaluations par les psychologues leurs ont permis d'observer des difficultés reliées au TDAH, mais aussi, d'autres difficultés dont les symptômes sont concomitants et peuvent s'ajouter au TDAH ou, parfois, orienter les psychologues à évaluer d'autres troubles, comme des difficultés au niveau de l'audition, qui peuvent donner des symptômes similaires

et ainsi éliminer l'évaluation psychologique de TDAH. Le tableau suivant représente les symptômes apparentés les plus courants observés lors des évaluations, mais qui n'en constituent pas nécessairement des évaluations psychologiques définitives.

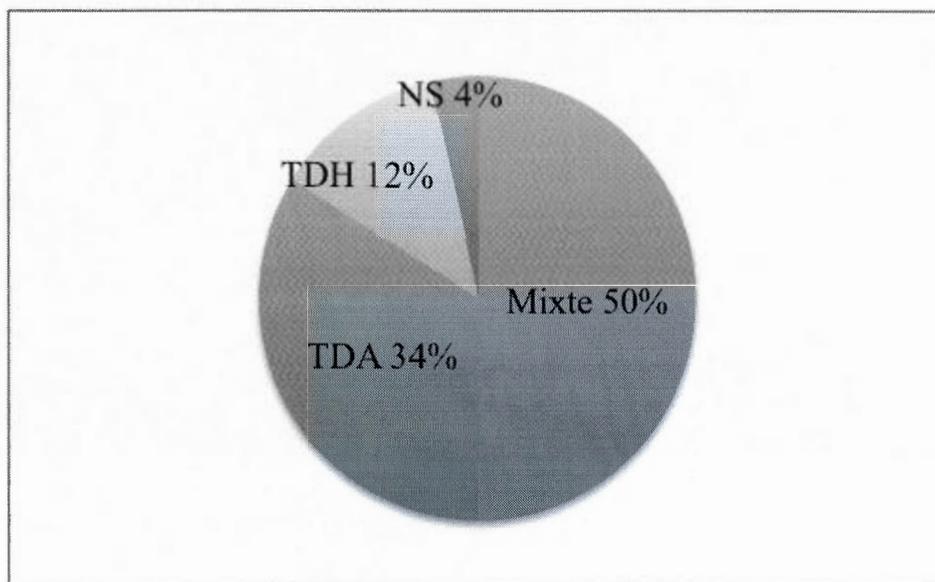
Tableau 3.8
Pourcentage des difficultés observées lors des évaluations

Difficultés observées	Pourcentage sur 71 évaluations %
Gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux milieux de vie ou plus	71,83
Symptômes observés avant l'âge de 7 ans	76,06
Altération clinique significative du fonctionnement personnel	85,92
Présence de six symptômes d'inattention ou plus	73,24
Présence de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou plus	50,71
Difficultés au niveau des fonctions exécutives	54,93
Présence de trouble oppositionnelle	29,58
Trouble anxieux	23,35
Trouble du développement du langage	21,13
Problèmes associés à la mémoire	21,13
Retard d'apprentissage spécifique	19,72
Facteurs de risque d'une atteinte neurologique	18,31
Présence de troubles cognitifs	16,90

Suite à l'évaluation, les psychologues peuvent donner une évaluation psychologique. Le questionnaire leur proposait les quatre diagnostics possibles de TDAH, selon le DSM-IV-TR, et une liste d'autres troubles possibles que l'on rencontre souvent lors d'évaluations pour un TDAH et qui y sont associés. Ainsi, sur 71 élèves évalués, 56 ont reçu un des quatre diagnostics psychologiques possibles selon de DSM-IV-TR, soit 78,87%. La figure suivante en donne la proportion.

Figure 3.1

Proportion des différentes évaluations psychologiques données aux 56 élèves sur les 71 élèves évalués par les psychologues scolaires au primaire



Légende : Mixte = TDAH de type mixte; TDA = Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité; TDH = TDAH avec hyperactivité/impulsivité prédominante; NS = TDAH non spécifié.

Il n'est pas possible de savoir si ces résultats sont indépendants du répondant. C'est à dire, lorsqu'un dossier reçoit une évaluation psychologique positive de TDAH, cela augmente-t-il la probabilité que le deuxième dossier sélectionné par le même répondant reçoive la même évaluation psychologique? Inversement, si le premier élève ne reçoit pas une évaluation de TDAH, en sera-t-il de même pour le second? Pour conclure à ce biais possible, il aurait fallu une évaluation d'un autre psychologue sur les mêmes dossiers; ce qui n'a pas été fait. Toutefois, les données suivantes indiquent une tendance à attribuer le même résultat, positif ou négatif, dans le traitement des dossiers par chacun des répondants. Ainsi, seulement sept répondants ont attribué une évaluation psychologique différente entre les deux dossiers; 24 répondants ont accordé une évaluation positive de TDAH dans les deux dossiers; et quatre répondants n'ont pas attribué d'évaluations de TDAH dans les deux dossiers. Le répondant ayant évalué un seul élève l'a évalué positivement.

Quant aux autres troubles possibles, concomitants ou non avec les TDAH, les évaluations psychologiques sont les suivantes : 14 évaluations psychologiques de trouble oppositionnel avec provocation dont 12 concomitants avec le TDAH, six troubles anxieux, cinq troubles de la conduite, deux retards développementaux, deux comportements perturbateurs non spécifiés, un Gilles de la Tourette et un retard mental. Tous ces derniers troubles sont concomitants avec le TDAH. À ceux-ci s'ajoutent 27 autres troubles ou difficultés diverses comme le contexte familial perturbateur ou d'autres maladies chroniques. De ces 27 autres troubles, 14 sont concomitants avec le TDAH.

3.9 Actions prises suite à l'évaluation

Afin de faire le suivi, le psychologue doit référer, au besoin, l'élève à un médecin afin qu'il appose son diagnostic. Toutefois, selon les résultats obtenus, seulement 39 évaluations psychologiques ont reçu le même diagnostic médical ou 69,64%. Cela est dû au fait que, souvent, le médecin est impliqué dans le processus et les dossiers mentionnent, à huit reprises, « en attente de diagnostic » et il y a neuf omissions de réponse à cette question. Les diagnostics ont été prononcés par 21 médecins généralistes, par 15 pédiatres et les autres par d'autres spécialistes médicaux. Les élèves évalués ont reçu une cote du MÉLS, portant sur les difficultés d'apprentissage en général, dans 20 cas soit dans une proportion de 28,17%. Tous ces élèves évalués, à part un seul, ont soit été référés à des spécialistes, ont reçu des recommandations afin d'améliorer leur condition d'apprentissage et/ou ont reçu un plan d'intervention spécifique à leur condition. Dans la plupart des cas (49 sur 56 TDAH; 87,5%), les parents et les enseignants ont été informés des recommandations afin d'assurer la cohérence des interventions planifiées.

3.10 Analyse corrélationnelle des variables

Afin de vérifier s'il y a des liens entre certaines variables énoncées précédemment, des analyses corrélationnelles d'échantillonnage de Pearson ont été réalisées et donnent les résultats suivants. Après normalisation des données, il n'y a aucune corrélation entre l'expérience globale du psychologue et le nombre de sujets ayant reçu une évaluation psychologique de TDAH: $N = 36$; $r = 0,129$ ns. Il en est de même entre le nombre d'heures de formation spécifique sur le TDAH et le nombre d'évaluations psychologiques positives de

TDAH avec $r = 0,143$ *ns*. Le nombre de dossiers sous la responsabilité du psychologue n'est pas lié au nombre de cas évalués positivement puisque la corrélation est $r = 0,274$ *ns*. Le nombre de dossiers sous la responsabilité du psychologue affecte négativement le nombre d'heures totales consacrées à l'évaluation avec $r = - 0,34$, $p < 0,05$. Il en est de même, mais de façon non significative, avec le temps consacré à la rédaction de rapport et le nombre de dossiers sous la responsabilité du répondant avec $r = - 0,17$ *ns*.

3.11 Disparité régionale

Afin de répondre à l'objectif secondaire de la présente étude, à savoir la disparité régionale dans les méthodes d'évaluation des élèves, les 16 régions administratives ont été réparties en deux groupes distincts en fonction de la densité de la population dans chacune des commissions scolaires de chacune de ces régions. Ainsi, afin de pouvoir observer s'il y a des différences notables entre les psychologues travaillant en région à faible densité de population et ceux à proximité des grands centres, les commissions scolaires des régions de Montréal, Trois-Rivières, Québec et Gatineau sont regroupées ensemble et toutes les autres, ensemble. Les deux catégories sont regroupées ainsi.

Tableau 3.9
Regroupement des commissions scolaires en fonction de la densité de la population desservie

Groupe A Régions densément peuplées		Groupe B Régions peu densément peuplées	
Régions	Commissions scolaires Effectifs: (répondants - élèves)	Régions	Commissions scolaires Effectifs: (répondants - élèves)
4	CS Chemin du Roy (1-2)	1	CS Monts et Marées (1-2)
6	CS de la Pointe-de-l'Île (1-2)	2	CS Lac St-Jean (1-2)
7	CS des Draveurs (2-4)	3	CS Charlevoix (2-4)
12	CS des Navigateurs (4-8)	4	CS de l'Énergie (1-2)
14	CS des Affluents (1-2)	5	CS des Sommets (2-4)
15	CS Seign.-des-Mille-Îles (7-13)	8	CS Rouyn-Noranda (1-2)
16	CS des Hautes-Rivières (3-6)	8	CS Lac Témiscamingue (1-2)
17	CS de la Riveraine (2-4)	9	CS du Fer (2-4)
		10	CS de la Baie-James (1-2)
		11	CS René-Lévesque (2-4)
		12	CS Beauce Etchemin (1-2)
Répondants	Effectif total groupe A = 21		Effectif total groupe B = 15
Dossiers	Effectif total groupe A = 41		Effectif total groupe B = 30

Les différentes analyses corrélationnelles de Pearson démontrent très peu d'écart entre les psychologues œuvrant près des centres à forte densité de population et ceux des régions moins densément peuplées. En effet, les liens les plus importants, après normalisation des données, sont les suivants: le nombre d'écoles sous la responsabilité d'un psychologue en région moins densément peuplée est plus élevé, à 7,13 écoles en moyenne, que son collègue près des centres plus densément peuplés, à 3,24 écoles en moyenne: pour $N = 36$ la corrélation est $r = 0,519$, $p < 0,01$. Quant au nombre de dossiers sous la responsabilité des psychologues, la différence est moins importante, mais tout de même significative avec $r = 0,34$, $p < 0,5$ en faveur des psychologues des régions peu densément peuplées qui doivent gérer en moyenne 41 dossiers de plus que leurs collègues des grands centres. Une corrélation est établie entre le nombre d'heures moyen, pour chaque répondant, nécessaires à l'évaluation, pour les deux groupes, mais elle est peu significative, étant donné le faible échantillon ($n = 36$), avec $r = 0,302$, $p < 0,10$. La différence moyenne calculée est de 3,1 heures entre les deux groupes en faveur des régions. Finalement, les psychologues des régions peu peuplées passeraient moins de tests aux élèves que ceux des centres plus densément peuplés avec une faible corrélation négative de $r = -0,28$, $p < 0,10$. Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes concernant le régime de travail à temps complet ou partiel, le nombre de rencontres avec les parents ou les enseignants, de même que le nombre d'observations directes de l'élève ou encore la quantité d'évaluations psychologiques ou médicales confirmant que l'élève a réellement un TDAH suite à l'évaluation.

3.12 Vue d'ensemble des résultats

Ces résultats démontrent que tous les psychologues scolaires au Québec, lorsqu'ils reçoivent une demande d'évaluation pour un TDAH, appliquent les normes requises par le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues du Québec; conformément au document de référence publié en 2001 et révisé en 2006. Le prochain chapitre documentera cet énoncé. Les demandes pour une évaluation sont majoritairement faites par les enseignants. Les questionnaires et tests sont presque toujours utilisés, pour les élèves, les parents et les enseignants, et sont d'une très grande importance pour les psychologues. Les bulletins des élèves sont de loin les documents les plus consultés et analysés afin de déceler les difficultés

des élèves. Les rencontres et communications avec les parents et les enseignants sont également d'une très grande importance et sont faites dans presque tous les cas. Concernant le temps consacré à l'évaluation, les éléments les plus importants sont les tests d'aptitudes intellectuelles, les rencontres et communications avec les parents et les enseignants ainsi que la rédaction des rapports d'évaluation. Il y a une uniformité nationale dans les procédures suivies. Il n'y a pas de disparité régionale significative, quant aux méthodes d'évaluation, malgré une plus grande charge de travail pour les psychologues en régions peu densément peuplées par rapport à leurs collègues à proximité des grands centres.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Dans le contexte de travail difficile dans lequel le psychologue scolaire est confronté (Pelletier, 2009), il est surprenant de constater la rigueur de ces derniers lorsqu'il s'agit de faire une évaluation pour un élève soupçonné de TDAH. Comme les résultats l'indiquent, les psychologues rencontrent et souvent dépassent les normes prescrites par le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues du Québec en 2001 concernant, entre autres, le temps consacré à l'évaluation, les personnes impliquées dans le processus d'évaluation ainsi que l'usage des différentes procédures et des questionnaires destinés à cette évaluation. Bien qu'il n'y ait pas de données précises à ce sujet, le code de déontologie des psychologues semble être respecté dans toutes les évaluations.

4.1 Application des normes

La présente étude a été réalisée afin de connaître les pratiques suivies suite à une demande d'évaluation d'un élève du primaire pour un TDAH. Les résultats démontrent que la grande majorité des psychologues sondés se conforment aux prescriptions de leur Ordre professionnel, ainsi qu'aux recommandations du comité conjoint du Collège des médecins et de l'Ordre des psychologues publiées en 2001. Ce document de référence est mentionné souvent dans le présent chapitre et a servi de base à la présente thèse.

Dans ce document de référence, il est formellement indiqué que les renseignements recueillis doivent l'être dans deux milieux de vie différents (ex. : à la maison et à l'école) et que l'évaluation doit se faire en collaboration avec différents intervenants, soit en équipe multidisciplinaire. En fonction des résultats obtenus, il semble bien que les psychologues respectent ces deux critères lors du processus d'évaluation. Dans le même document, il est suggéré de faire ressortir ou d'éliminer d'autres problèmes de santé, problèmes sociaux ou problèmes psychologiques pouvant simuler un TDAH, entraîner un TDAH ou coexister avec

le TDAH comme le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites ou encore des troubles anxieux. Ce critère est également respecté par tous les psychologues répondants.

Tel que développé dans le contexte théorique, le document de référence suggère trois phases du processus d'évaluation à savoir : la phase 1 soit l'accueil de la demande par l'enseignant, le parent ou autres et qui vise à formuler des hypothèses qui expliqueraient les difficultés de l'élève; la phase 2 soit la collecte structurée des informations qui permettent de ne retenir que les hypothèses les plus plausibles; et la phase 3, la confirmation ou l'infirmité des hypothèses retenues et la mesure de la mésadaptation ou des difficultés de l'enfant. Le questionnaire qui a été développé (voir l'appendice D) et qui est à la base de la présente étude ne permet pas de valider que ces phases soient suivies avec exactitude. Toutefois, tous les renseignements recueillis par les psychologues, ainsi que les différentes évaluations psychologiques qui ont suivi vont dans le même sens que ce qui est documenté dans la littérature scientifique concernant ce trouble et brièvement résumé dans le chapitre I. Ainsi, seulement 56 élèves ont reçu une évaluation psychologique de TDAH, sous une forme quelconque, sur les 71 élèves initialement soupçonnés de TDAH. Plusieurs ont reçu d'autres évaluations psychologiques, souvent concomitantes ou qui éliminaient une évaluation possible de TDAH; tel que mentionné dans le paragraphe 3.8.

Le document de référence suggère l'utilisation de tests psychométriques et d'échelles de comportement, pour les élèves, et de questionnaires pour les parents et les enseignants afin de fournir des indices de la présence du TDAH. Tous ces moyens de détection sont largement utilisés par les psychologues dans leurs évaluations. Toutefois, les échelles de comportement, spécifiques ou non spécifiques, les questionnaires structurés ou maison sont peu utilisés; contrairement aux suggestions prescrites. Les rencontres auprès des élèves, des parents et des enseignants permettent aux psychologues de cueillir une grande quantité d'informations nécessaires aux diagnostics, comme le suggère le document de référence. Ce type de rencontre est généralisé à tous les psychologues évaluateurs.

Le document de référence suggère aussi de faire des observations directes du comportement de l'élève. Ces observations directes sont réalisées à plus de 70% du temps et

que ces observations sont surtout réalisées en classe. Toutefois, les observations faisant appel aux techniques comportementales permettant de mesurer la fréquence, l'intensité et la persistance des comportements problématiques ne sont presque jamais utilisées; les psychologues préférant les méthodes empiriques, voire euristiques lorsqu'ils observent les élèves qu'ils évaluent. Ce faible taux d'utilisation pourrait s'expliquer par le manque de formation ou de temps pour utiliser ce type de grille d'analyse comportementale. Concernant les travaux et productions des élèves, l'analyse des bulletins semble la plus déterminante à trouver des indices de trouble d'apprentissage généralement observé chez les enfants TDAH, selon la littérature scientifique.

La grande majorité des psychologues suite à une évaluation font des recommandations aux principaux intervenants afin de mettre en place des mesures favorisant l'élève dans son apprentissage, son intégration et son parcours scolaire; conformément à la philosophie prescrite dans le document de référence.

Finalement, malgré une surcharge de travail chez les psychologues scolaires oeuvrant en régions moins densément peuplées, ces derniers appliquent la même rigueur dans le processus d'évaluation d'un élève soupçonné de TDAH que leurs collègues des grands centres urbains.

4.2 Complément d'analyse

Les données sociodémographiques des répondants indiquent une grande variabilité dans la formation reçue spécifiquement sur le TDAH; certains n'en avaient jamais reçu. Malgré cela, tous les répondants appliquent les mêmes normes avec la même rigueur. Il en est de même avec le régime de travail, temps complet ou partiel, aucune différence n'a été trouvée. Les enseignants qui sont en première ligne devant les élèves sont, de loin, les plus grands demandeurs d'évaluations pour un TDAH. Les psychologues scolaires, selon les résultats, favorisent les tests psychométriques, les rencontres avec les enseignants et les parents afin de trouver les renseignements requis à l'évaluation pour un TDAH. Les tests de personnalité, projectifs ou de comportements adaptatifs de même que les rencontres avec les élèves en dehors des tests sont moins appréciés. Concernant le temps nécessaire à l'évaluation, les éléments les plus importants sont la passation de tests, la rédaction des

rapports et les rencontres avec les parents et les enseignants. Quant aux évaluations psychologiques, les résultats concordent avec ce que la littérature scientifique suggère en général. En effet, plus de 78% des demandes d'évaluations de TDAH se sont soldées par une évaluation psychologique positive. De plus, les évaluations psychologiques d'autres troubles, comme le trouble oppositionnel, sont majoritairement concomitantes avec le TDAH; conformément aux attentes. L'importance des troubles associés justifie la nécessité, pour le psychologue, de procéder de façon critique et systématique à son analyse évaluative avant de conclure à son évaluation psychologique. La preuve est faite avec les six faux positifs aux tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaires: si les répondants n'avaient pas poussé leurs investigations, ils en auraient faussement conclu à une évaluation psychologique positive de TDAH. Les résultats démontrent, finalement, que les psychologues en régions éloignées ont une charge de travail plus lourde en terme d'écoles et de dossiers sous leur responsabilité que leurs collègues des grands centres et ce, malgré les longues distances à parcourir afin de rejoindre leurs élèves dans les écoles.

4.3 Conclusion

Les psychologues scolaires au primaire, lorsqu'ils reçoivent une requête afin d'évaluer un trouble déficitaire de l'attention auprès d'un élève, appliquent toutes les méthodes prescrites par leur Ordre professionnel, et ce, quel que soit leur niveau d'expérience ou de formation générale ou spécifique sur le TDAH, le territoire qu'ils ont à parcourir et même leur niveau de responsabilité en terme d'écoles ou de dossiers dont ils s'occupent.

4.4 Forces et limites de la présente étude

Ce que cette recherche apporte, pour la psychologie scolaire, c'est la validation empirique que les procédures recommandées par l'OPQ et le CMQ en 2001 sont, non seulement suivies par les psychologues scolaires, mais utiles puisqu'elles permettent d'établir une évaluation psychologique précise, de TDAH ou d'autres troubles associés, qui correspond à ce que la littérature scientifique sur cette thématique expose depuis quelques années en matière d'évaluation de symptômes associés à cette maladie. Cette étude valide également la pertinence et la nécessité de rencontrer toutes les personnes interpellées par le comportement de l'élève à commencer par l'élève lui-même, ses parents et les enseignants

qui, souvent, sont les premiers à rapporter l'existence de symptômes de TDAH. Par la présente recherche, les différents tests et questionnaires sont appréciés par les psychologues en termes d'utilité et d'exactitude dans leurs capacités à détecter la présence ou non du TDAH. Finalement, cette étude démontre que les psychologues ne doivent pas se fier à une seule source d'information, comme un test ou une rencontre, pour confirmer ou infirmer une évaluation psychologique de TDAH, mais qu'il est nécessaire de trouver des réponses à leurs hypothèses à travers un processus complexe comportant plusieurs étapes, comme l'indique la littérature scientifique sur le sujet, élaboré au chapitre I du présent document.

La principale limite à la présente recherche est le biais possible des répondants. En effet, sur le nombre de questionnaires distribués aux psychologues, par les responsables des commissions scolaires, seuls 36 psychologues ont répondu. Ce faible taux de réponse suggère que les répondants pouvaient avoir un intérêt plus important pour la problématique du TDAH que leurs collègues, laissant croire qu'ils connaissent et appliquent les procédures prescrites avec plus de rigueur que leurs collègues moins intéressés par cette problématique. De plus, il n'y a pas d'assurance que les psychologues ont sélectionné les deux derniers dossiers demandant une évaluation pour un TDAH. Ces derniers pourraient avoir choisi les dossiers les mieux étoffés laissant croire qu'il s'agit de pratique normale alors qu'il n'en est rien et ce, malgré la consigne en titre des questionnaires distribués. Ce biais, des répondants, pourrait embellir les résultats et dresser un tableau indument positif de la réalité québécoise en matière d'évaluation du TDAH.

Une autre limite importante est le faible taux de participation des répondants. En effet, avec seulement 36 répondants répartis à travers le Québec, la généralisation des résultats ne peut s'étendre à la population des psychologues scolaires pour plusieurs raisons: les grands centres urbains sont sous représentés, il n'y a qu'un seul répondant pour les trois plus grandes villes du Québec; il est permis de penser que les dossiers sélectionnés témoignaient des élèves issus d'origine canadienne-française; 33 psychologues sur 36 sont d'orientation théorique cognitive comportementale; et les commissions scolaires anglophones n'ont pas été sondées pour des raisons logistiques.

4.5 Recherches subséquentes

Afin d'augmenter la portée d'une telle étude et de la rendre conforme à la réalité québécoise en matière d'évaluation du TDAH, la même recherche subventionnée pourrait recueillir un nombre de participants en quantité suffisante pour être en mesure d'en généraliser les résultats. Pour ce faire, il faudrait rencontrer le personnel directement, dans les commissions scolaires, responsable en la matière afin de les convaincre de participer. Comme le diagnostic de TDAH est réservé à la médecine, il serait intéressant de connaître les procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent un élève pour le TDAH et de reprendre cette recherche auprès des médecins du Québec. En complément, les commissions scolaires anglophones pourraient être sondées afin de se conformer davantage à la réalité québécoise par rapport à sa population; incluant du même coup les communautés culturelles. Finalement, une autre enquête serait utile afin de déterminer ce qui est fait, en général, suite à une évaluation de TDAH: est-ce que les recommandations sont suivies? Par qui? Est-ce que l'application des recommandations des psychologues améliore le comportement de l'élève et, ultimement, sa réussite scolaire?

RÉFÉRENCES

- Alalouf, S., Labelle, D., & Ménard, J. (2002). *Introduction à la Statistique Appliquée*. Montréal: Loze-Dion.
- American Academy of Pediatrics (2001). *Clinical practice guideline : Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 105, 1158-1170.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e ed.)*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. 4^e édition*. Paris : Masson.
- Assemblée Nationale du Québec. (2009). *Projet de loi no 21, chapitre 28 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec : Éditeur officiel du Québec. P.16
- Association Panda (2007). *Les étapes à suivre pour le diagnostic du TDA/H*. Extrait le 1^{er} avril 2012, de <http://www.associationpanda.qc.ca/documents/2007-02-27/diagnosticTDAH.pdf>
- Association Québécoise des Psychologues Scolaires AQPS. (2011). *Psychologues scolaires accrédités*. Extrait le 6 janvier 2012, de <http://aqps.qc.ca>
- Barkley, R. A. (2005). *Attention hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment..* New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A., & Wilens, T.E. (2005). *TDA/H : Nouvelles avenues chez les enfants et les adolescents*. Colloque organisé par l'Institut Philippe Pinel de Montréal en collaboration avec le Département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Barkley, R.A. et coll. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 5, 89-111.
- Batejat, D., Lagarde, D., Navelet, Y., & Binder, M. (1999). Evaluation de la capacité d'attention chez 10.000 enfants scolarisés âgés de 8 à 11 ans. *Archives Pédiatriques* 6, 406-415.

- Bear, G.G., Minke, K. M., & Thomas, A. (1999). *Children's needs II: Development, problems and alternatives*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Bear, M. F., Conners, B.W., & Paradiso, M.A. (1996). *Neuroscience: Exploring the Brain*. USA: Williams & Wilkins.
- Bédard, É., Morasse, M., & Veilleux, E. (2002). *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) Comprendre et agir....* Québec: Éditions la Bougeotte.
- Bégin, J. (2012). *Le diable de statmanie*. Département de psychologie de l'UQAM. Montréal, Québec. Extrait le 20 mars 2012 de <http://www.er.uqam.ca/nobel/r30574>.
- Béland, K. (2004). *Les pratiques d'évaluation des psychologues scolaires québécois auprès des élèves en difficulté d'apprentissage au primaire*. Thèse, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada.
- Brault, C. (2005). La psychologie scolaire en péril. *Psychologie Québec*, 22, 34-35.
- Charach A. (2010). Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Québec. Extrait le 9 octobre 2011 de <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CharachFRxp.pdf>.
- Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2001). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central*. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec. Montréal : Canada.
- Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2006). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité : traitement pharmacologique (mise à jour)*. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec. Montréal : Canada.
- Conners, C. K. (1997). *Conners Rating Scales-Revised Technical Manual*. Toronto, Ontario : Multi-Health Systems.
- Demaray, M. K., Elting, J., & Schaefer, K. (2003). Assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A comparative evaluation of five, commonly used, published rating scales. *Psychology in the Schools*, 40(4), 341-361.

- Desrosiers, K., & Royer, É. (1995). Les troubles de l'attention avec hyperactivité: une synthèse des connaissances à l'intention des enseignants. Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval, Québec, 2(2), pp.42.
- Douaire, J. (2003). Formation sur le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité. *Compilation des documents de formation de Josée Douaire & Michel Dyotte, 2002*. C. Robitaille ; Francine Lussier, AQPS, 2002. Montréal (QC).
- Dubé, R. (1992) *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*. Montréal (QC) : Gaëtan Morin.
- Dumas, J.E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : DeBoeck Université.
- DuPaul, G. J., Kyle, K. E., & Barkley, R. A. (1996). Assessment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : School-Base Procedures Clinic-Based Assessment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychoeducational Assessment ADHD, 14*, 174-177.
- DuPaul, G.J., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools. Assessment and Intervention Strategies*. New York : The Guilford Press.
- Écrement, C., St-Onge, L., Poissant, H., & Stephenson, R. (2000). *Guide à l'intention des parents d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*. Présentation donnée au 67e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Ottawa.
- Emory, C.W., & Cooper, D.R. (1991). *Business Research Methods*. Boston, MA: Irwin.
- Falardeau, G. (1997). *Les enfants hyperactifs et lunatiques: Comment les aider*. Montréal: Éditions du Jour.
- Gaucher, M. (2010). Les enjeux de l'évaluation diagnostique du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 20*, 73-78.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P.J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association, 279*, 1100-1107.
- Goodman, R. (2000). « Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample », *British Journal of Psychiatry*, december, 177, 534-539.

- Goupil, G. (1997). *Élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Groupe Pompidou : Conseil de l'Europe. (1999). *Troubles déficitaires de l'attention/troubles hyperkinétiques : diagnostic et traitement par des stimulants*. Extrait le 16 mai 2005, de <http://www.coe.int/T/F>
- Guay, M.-C., Lageix, P. & Parent, V. (2006). « Proposition d'une démarche évaluative du TDAH » dans Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. ch. 1, pp: 3-15, Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Hallowell, E. M., & Ratey J. J. (1995). *Driven to Distraction : Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood to Adulthood*. New York: Touchstone-Simon & Schuster.
- Honorez, J.-M. (2002). *Hyperactivité avec ou sans déficit d'attention. Un point de vue de l'épigémiologie scolaire*. Montréal : Logiques.
- Honorez, J.-M., Bergeron, L., & Berthiaume, C. (2000). La comorbidité du trouble déficit de l'attention/hyperactivité. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation* 29, 185-192
- Joly, F. (2008). *L'enfant hyperactif*. Paris : Édition du Papyrus.
- Kronström-Asselin, L., & Morasse, K. (2002). *Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité*, cahier du participant dans le cadre de la formation continue de l'Ordre des psychologues du Québec. Montréal: Ordre des psychologues du Québec.
- Kutscher, M. (2010). *Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité : Quatre règles simples pour les parents, les enseignants et les professionnels*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Labrosse, M., Gingras, M.-A. & Godbout, R. (2006). « Sommeil et TDAH », dans Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. ch. 6, pp: 91-100, Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Larochelle, M., & Robitaille, C. (2000). *L'attention: un phénomène aux multiples déficits*. Montréal : Magazine Psychologie-Québec, Ordre des Psychologues du Québec.
- Lavigueur, S., & Desjardins, C. (1999). Une approche globale du déficit d'attention/hyperactivité : analyse systémique et intervention multimodale *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 28, 141-161.

- Lavigueur, S., Coutu, S., & Desjardins, C. (2005). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, sa nature et son traitement : une recension des différents points de vue. *Revue de psychoéducation*, 34, 93-117.
- Lecomte, S. & Poissant, H. (2006). « Facteurs de risque du TDAH », dans Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. ch. 2, pp:17-34, Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Lefebvre, L. (1998). *Hors du Ritalin Plein de salut !* Nouvelles CEQ, mai-juin, p. 8-10.
- Lussier, F. (2002). *L'évaluation de l'attention et du contrôle attentionnel*. Montréal : AQPS.
- Menache, C.C, Urion, D.K., & Haenggeli, A.Ch. (1999). *Hyperactivité avec déficit de l'attention : le point de vue du neuropédiatre*. Boston, Genève : Extrait le 5 mai 2005 de <http://www.aspedah.ch/haenggeli-neuropediatre.htm>.
- Microsoft Excel (2011) *Coefficient de corrélation d'échantillonnage de Pearson*. Extrait le 7 janvier 2012 de <http://office.microsoft.com/fr-ca/excel-help/pearson-HP005209210.aspx>
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité : Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et interventions*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2000). *Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (ÉHDAA), définitions*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2000). *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*. Québec: Comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec. (2007). *Statistiques de l'éducation : Enseignement primaire, secondaire, collégial et universitaire*. Document PDF extrait le 6 janvier 2012, de <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/pdf/fr/Statistiques>
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec. (2011). *Carte des régions administratives du Québec*. Document PDF extrait le 10 juin 2012, de <http://www.mels.gouv.qc.ca/informationsgeographiques/index.asp?page=reseauxEnseignement>
- Moss, E, Smolla, N., Guerra, I., Mazzarello, T., Chayer, D., Berthiaume, C. (2006) *Attachement et problèmes de comportements intériorisés et extériorisés auto-*

rapportés à la période scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 38, 142-157.

Ordre des psychologues du Québec. (2004). *Rapport annuel, 2003 – 2004*. Montréal : OPQ.

Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Tableau des activités réservées*. Document PDF extrait le 2 avril 2012, de http://swww2.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/Tableau_activites_reservees.pdf.

Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Code de déontologie*. Document PDF extrait le 8 juin 2012, de <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/obligations/code-le-deontologie>.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic*. Genève : Masson.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et Troubles du Comportement. Critères Diagnostiques pour la Recherche*. Genève : Masson.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Classification CIM-10 des troubles mentaux et troubles du Comportement de l'enfant et de l'adolescent*. Genève : Masson.

Pelletier, R. (2009). *L'organisation du travail pour les nouveaux psychologues scolaires*. Conférence présentée au congrès de l'Association Québécoise des Psychologues Scolaires, Trois-Rivières, Québec.

Rioux-Soucy, L.-M. (2005, 12 juin). Du ritalin pour la vie. *Le Devoir*, pp. A1, A4.

Rubia, K., Taylor, E., Smith, A., Oksanen, H., Overmeyer, S., & Newman, S. (2001). Neuropsychological analyses of impulsiveness in childhood hyperactivity. *British Journal of Psychiatry*, 179, 138–143.

Sattler, J. M. (2002). *Assessment of Children. Cognitive Applications*. San Diego (CA) : Jerome M. Sattler.

Sauvé, C. (2007). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Montréal: les Éditions de l'Hôpital Ste-Justine.

Sagvolden T, Russell, V.A., Aase, H., Johansen, E.B., & Farshbaf, M. (2005): Rodent models of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 57, 1239 –1247.

Sindelar, B. (1999) *Pratiques en matière de diagnostic et de traitement de l'ADD/ADHD/HD en Europe*. Dans Groupe Pompidou : Conseil de l'Europe. *Troubles déficitaires de l'attention/troubles hyperkinétiques : diagnostic et traitement par des stimulants*.

Extrait le 16 mai 2005 de <http://www.coe.int/T/F>

- Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, R. N., & Barber, N. I. (1996). Objective Measurement of Hyperactivity and Attentional Problems in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 334-342.
- Thomas, J., Vaz-Cerniglia, C., & Willems, G. (2007). *Troubles de l'attention chez l'enfant: prise en charge psychologique*. Paris : Masson.
- Valla, J.P., Bergeron, L., & St-Georges, M. (1996). *Dominique-version 6 Manuel d'utilisation*. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies, Service de Recherche.
- Verreault, M. & Berthiaume, C. (2006). « Trouble anxieux et TDAH », dans Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. ch. 8, pp:111-133, Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Willcutt, E.G., Hartung, C.M., Lahey, B.B., Loney, J., & Pelham, W.E. (1999). Utility of Behavior Ratings by Examiners During Assessments of Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 463-472.
- Wolf, F. M. (1986). *Meta-Analysis: Quantitative Methods for Research Synthesis*. Beverly Hills: Sage.
- Zuccaro, C., & Chéron, E. (1994). *Méthode quantitative en marketing*. Montréal: Guérin Universitaire-UQAM.

APPENDICE A

TABLEAU SYNTHÈSE PROPOSÉ PAR L'OPQ ET LE CMQ

Tableau synthèse proposé par l'Ordre des psychologues du Québec et le Collège des Médecins du Québec (2001).

Identification		
Nom :	Sexe : <input type="radio"/> Garçon	
Prénom :	<input type="radio"/> Fille	
Date de naissance :	École :	
Âge :	Niveau scolaire :	
Évalué(e) par (Inscrire les noms et titres des personnes) :	De :	Date :

Description	Oui	Non	Ne s'applique pas
1. Gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux milieux de vie			
2. Certains symptômes du TDAH ont causé une gêne fonctionnelle avant l'âge de 7 ans			
3. Altération clinique significative du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, selon l'âge			
4. Présence de six symptômes d'inattention (DSM-IV) ou plus. Nombre de symptômes d'inattention :			
5. Présence de six symptômes d'hyperactivité-impulsivité (DSM-IV) ou plus Nombre de symptômes d'hyperactivité : Nombre de symptômes d'impulsivité :			
6. Les résultats d'une échelle de comportement indiquent la présence du TDAH (spécifier)			
7. Les résultats d'une échelle de comportement indiquent la présence d'autres difficultés (spécifier l'échelle et les autres difficultés)			
8. Présence d'indices de TDAH aux résultats d'une échelle d'aptitude intellectuelle de type Weschsler ou autre : Q.I. : Résistance à la distraction : Vitesse de travail :			
9. Présence de : Trouble oppositionnel Trouble de la conduite Dépression Anxiété Trouble adaptatif			
10. Présence de problèmes d'apprentissage ou de développement : Trouble du développement du langage Dysfonction auditive Problèmes associés à la mémoire Retard mental Retards d'apprentissage spécifiques (Préciser)			
11. Présence de troubles cognitifs			
12. Les entrevues ont fait ressortir clairement le TDAH Parents Enseignant Autre(s)			
13. Histoire familiale faisant état de présence de TDAH (Spécifier)			

14. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental			
15. Présence de facteurs de risque d'une atteinte neurologique			
16. Autre(s) information(s) pertinente(s) :			

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE

Trouble diagnostiqué	Présent	Absent
TDAH, type mixte F90.0 (314.01)		
TDAH, type inattention prédominante F90.0 (314.00)		
TDAH, type hyperactivité-impulsivité prédominante F90.0 (314.01)		
TDAH, non spécifié F90.9 (314.09)		
Autres diagnostics possibles	Morbidité associée	Prédominant
Présence d'autres problèmes (spécifier)		
O Trouble oppositionnel avec provocation F91.3 (313.81)		
O Trouble des conduites F91.x (312.8)		
O Comportement perturbateur non spécifié F91.9 (312.9)		
O Syndrome de Gille de la Tourette F95.2 (307.23)		
O Syndrome d'Asperger F84.5 (299.80)		
O Retard mental F70.x, F71.x, F72.x, F73.x et F79.x		
O Trouble anxieux		
O Autre(s)		
Dans tous les cas, détailler les motifs qui ont permis d'envisager ce diagnostic et préciser la nature du trouble :		
.....		
.....		
.....		

APPENDICE B

QUESTIONNAIRE ORIGINAL

**PRATIQUES ÉVALUATIVES DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES À PARTIR DES
INFORMATIONS CONTENUES DANS LES DOSSIERS DES ÉLÈVES SOUPÇONNÉS
D'HYPERACTIVITÉ OU DE TDAH,**

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations contenues dans le dossier scolaire d'un élève sous votre responsabilité qui a fait l'objet d'une évaluation psychologique. Le motif de consultation doit contenir les expressions INATTENTION, HYPERACTIVITÉ, IMPULSIVITÉ ou Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) ou autre expression que vous pouvez interpréter en ce sens. Il est obligatoire d'avoir réalisé personnellement la MAJORITÉ de l'évaluation relative au travail du psychologue dans ce dossier.

Ce questionnaire ne sera, en aucun temps, utilisé ou utilisable, par son anonymat, pour une inspection professionnelle; cette étude n'étant aucunement reliée aux activités de l'OPQ. Notez **UNIQUEMENT** ce qui est contenu dans UN SEUL dossier. Choisissez un élève dont le nom de famille commence par la lettre ____ ou, à défaut, la suivante et **NE LA CHANGEZ PAS**; même si le contenu du dossier ne reflète pas exactement vos pratiques habituelles ou les pratiques prescrites par l'OPQ.

1. Le sexe de l'élève ? Garçon _____ Fille _____
 2. Âge de l'élève lors de la demande d'évaluation ? _____ ans _____ mois
 3. Le niveau de l'élève : première à sixième année ? _____ année
 4. Au moment de la demande, s'agit-il d'un élève de classe ordinaire _____
ou spéciale _____
 5. Cet élève a-t-il été évalué par un médecin, relatif au TDAH, avant de vous avoir été référé?
Oui _____ Non _____
 6. Lors de la demande, cet élève consommait-il des médicaments ?
Oui _____ Non _____
- 6.1 Dans l'affirmatif, lesquels : _____

7. De qui provenait la demande d'évaluation de cet élève ?

Enseignant(e)-titulaire _____
 Enseignant(e)-spécialiste _____
 Direction _____
 Orthopédagogue _____
 Médecins _____
 Neuropsychologue _____
 Parent(s) _____
 Équipe multidisciplinaire _____
 Autres _____
 Spécifiez : _____

8. Quels critères diagnostics psychologiques avez-vous utilisés dans l'évaluation de cet élève?

DSM-IV-TR _____
 CIM-10 _____
 Autres _____

Spécifiez : _____

9. Combien de fois avez-vous rencontré l'élève pour fins d'évaluation? _____ fois
 (si « 0 fois », omettez les questions qui ne s'appliquent pas; passez ainsi au #14)

10. Au cours de cette ou ces rencontre(s), avec cet élève, si vous avez réalisé une entrevue formelle, avez-vous utilisé un ou des questionnaires structurés, des échelles de comportement ou des questionnaires maison?

Oui _____ Non _____

10.1 Si oui, lesquels ? (Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.
 Exemple : Barkley, traduit par Asselin version X publié en X année)

Barkley _____
 Version : _____

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) _____
 Version : _____

Conners' Rating Scales – Revised (CRS-R) _____
 Version : _____

ADHD Rating Scales-IV : Checklist, Norms, and Clinical Interpretation
 Version : _____

Behavior Assessment System for Children (BASC) _____
 Version : _____

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, critères TDAH du DSM-IV-TR)

Version : _____

Système d'évaluation empirique Achenbach (ASEBA) _____

Version : _____

L'Échelle des dimension du comportement (EDC), traduit du Behavior Dimensions Rating Scale (BDRS) _____

Version : _____

Autres ? Spécifiez lesquels en inscrivant les noms complets des questionnaires.

10.2 Les résultats de ces questionnaires dans l'ensemble vous indiquent la présence du TDAH ?

Oui _____ Non _____

10.3 Les résultats de ces questionnaires indiquent la présence d'autres difficultés ?

Oui _____ Non _____

Si oui, lesquelles ? _____

11. Avec cet élève, si vous avez fait passer un test d'aptitudes intellectuelles ou de performance, le ou lesquels avez-vous utilisés ? (Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.
Exemple : Stanford-Binet, version X publié en X année)

Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) _____

Version : _____

Stanford-Binet _____

Version : _____

Wisconsin Card Sort Test (WCST) _____

Version : _____

Continuous Performance Test (CPT-II) _____

Version : _____

Delis-Kaplan Executive Function System (D-Kefs) _____

Version : _____

Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch) _____

Version : _____

Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) _____

Version : _____

Neuro Psychology (NEPSY) _____

Version : _____

Dominique _____

Version : _____

La matrice de Raven _____

Version : _____

Autres ? Spécifiez en inscrivant le nom complet du test :

11.1 Présence d'indices de TDAH aux résultats d'un test d'aptitudes intellectuelles ou de performance ?

Oui _____ Non _____

11.2 Q. I. : _____
 Résistance à la distraction : _____
 Vitesse de travail : _____
 Ne s'applique pas _____

11.3 Les résultats d'un test d'aptitudes intellectuelles ou de performance indiquent-ils la présence d'autres difficultés ?

Oui _____ Non _____

Si oui, lesquelles ? _____

12. Avec cet élève, si vous avez fait passer un autre test, de personnalité, projectif, ou autre, le ou lesquels avez-vous utilisés ? (Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.

Exemple : Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, version X publié en X année)

Personality Inventory for Children (PIC) _____

Version : _____

Personality Inventory for Youth (PIY) _____

Version : _____

A-Sphère Affective/PF-Quest Personnalité (CPQ) _____

Version : _____

Piers-Harris Children's Self-Concept Scale _____

Version : _____

Dominique _____

Version : _____

Bender-Gestalt _____

Version : _____

Roberts Apperception Test for Children (RATC) _____

Version : _____

Test d'apperception thématique (TAT-CAT) _____

Version : _____

Rorschach _____

Version : _____

Patte Noire _____

Version : _____

Dessin de la Famille _____

Version : _____

Dessin du bonhomme _____

Version : _____

Scéno-test _____

Version : _____

Autres tests ? Spécifiez en inscrivant le nom complet du ou des tests :

12.1 Présence d'indices de TDAH aux résultats de test de personnalité, projectif, ou autre ?
 Oui _____ Non _____

12.2 Les résultats à un test de personnalité, projectif, ou autre indiquent la présence d'autres difficultés ?
 Oui _____ Non _____
 Si oui, lesquelles ? _____

13. Si vous avez rencontré cet **élève**, quelles informations avez-vous recueillies ?

La nature de ses problèmes _____
 Ses relations avec les autres _____
 Ses compétences scolaires _____
 Son contexte familial _____
 Son contexte scolaire _____
 Ses activités de loisir _____
 Ses goûts et ses préférences _____
 Sa consommation (alcool, drogue, médicaments...) _____
 L'identification des personnes significatives pour lui/elle _____
 Vos observations sur son comportement lors de l'entrevue _____
 Autres informations ? Lesquelles ? _____

14. Lors de l'évaluation, avez-vous rencontré ou parlé au téléphone avec un ou les **parents** ?

Oui _____ Non _____

14.1. Si oui, combien de fois ? 1 fois _____ Plus d'une fois ? combien? _____

15. Au cours de cette ou ces rencontre(s), téléphonique ou en personne, avec le ou les **parent(s)**, si vous avez réalisé une entrevue formelle, avez-vous utilisé un ou des questionnaires structurés, des échelles de comportement ou des questionnaires maison ?

Oui _____ Non _____

15.1 Si oui, lesquelles ? (Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.
 Exemple : Conner's pour parents, version X publié en X année)

Barkley _____
 Version : _____

Conners' Rating Scales – Revised (CRS-R) _____
 Version : _____

Behavior Assessment System for Children (BASC) _____

Version : _____

Inventaire de stress parental (Lacharité *et al.*) _____

Version : _____

Indice de stress parental (Abidim) _____

Version : _____

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, critères TDAH du DSM-IV-TR)

Version : _____

ADHD Rating Scales-IV _____

Version : _____

Système d'évaluation empirique Achenbach (ASEBA) (CBCL) _____

Version : _____

Autres ? Spécifiez lesquels en inscrivant les noms complets des questionnaires.

15.2 Les résultats de ces questionnaires destinés aux parents indiquent la présence du TDAH ?

Oui _____ Non _____

15.3 Les résultats de ces questionnaires destinés aux parents indiquent la présence d'autres difficultés ?

Oui _____ Non _____

Si oui, lesquelles ? _____

16. Avec les **parents** de cet élève, quels ont été les éléments recueillis ?

Nature du problème (motif de consultation) _____

Histoire du problème (apparition des premiers soupçons) _____

Leur compréhension du problème de l'enfant _____

L'histoire développementale de l'enfant (santé, langage, etc.) _____

L'histoire périnatale et les antécédents familiaux _____

Tempérament et personnalité de l'enfant _____

Le contexte familial (famille dysfonctionnelle ou autre) _____

L'historique des relations familiales et sociales de l'enfant _____

Les intérêts et les talents de l'enfant _____

Consultations antérieures _____

Comportements observés par les parents _____

Opinions des enseignants rapportées aux parents _____

Travaux scolaires à la maison _____

Style de discipline des parents _____

Degré d'accord des parents _____

Autres informations pertinentes ?

Autres troubles mentaux rapportés (Gilles de la Tourette, troubles anxieux...)

Lesquels ?

17. Lors de l'évaluation, avez-vous rencontré un ou des **enseignants** de cet élève ?

Oui

Non

17.1. Si oui, combien de fois ? 1 fois

 Plus d'une fois ? combien?

18. Au cours de cette ou ces rencontre(s), téléphonique ou en personne, avec le ou les **enseignant(s)**, si vous avez fait une entrevue formelle, avez-vous utilisé un ou des questionnaires structurés, des échelles de comportement ou des questionnaires maison ?

Oui

Non

18.1 Si oui, lesquelles ? (Donnez le nom exacte ainsi que la version utilisée.
Exemple : Échelle d'Asselin, version X publié en X année)

Barkley

Version :

Conners' Rating Scales – Revised (CRS-R)

Version :

Échelle d'évaluation du comportement (EDC) traduit du

Behavior Dimensions Rating Scale (BDRS)

Version :

Échelle d'Asselin

Version :

Behavior Assessment System for Children (BASC)

Version :

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, critères
TDAH du DSM-IV-TR)

Version :

Système d'évaluation empirique Achenbach (ASEBA) (TRF)

Version :

Autres ? Spécifiez lesquels en inscrivant les noms complets des questionnaires.

18.2 Les résultats de ces questionnaires destinés aux **enseignants** indiquent la présence du TDAH ?
 Oui _____ Non _____

18.3 Les résultats de ces questionnaires destinés aux **enseignants** indiquent la présence d'autres difficultés ?

Oui _____ Non _____

Si oui, lesquelles ? _____

19. Pour cet élève, si vous avez réalisé une entrevue, avec un ou des **enseignants**, quels ont été les éléments recueillis ?

Nature du problème (motif de consultation) _____
 Histoire du problème (apparition des premiers soupçons) _____
 Comportements observés par le ou les enseignants _____
 Leur compréhension du problème de l'enfant _____
 Les facteurs d'exacerbation et d'amélioration du comportement _____
 Les intérêts et les talents de l'enfant _____
 Degré d'intégration avec les pairs _____
 Les travaux et les productions de l'enfant _____
 Autres informations pertinentes ? Lesquelles ? _____

20. Les entrevues, téléphoniques ou en personne, ont fait ressortir clairement le TDAH ?

Parents	Oui	_____	Non	_____
	Ne s'applique pas	_____		
Enseignant	Oui	_____	Non	_____
	Ne s'applique pas	_____		
Élève	Oui	_____	Non	_____
	Ne s'applique pas	_____		
Autres	Oui	_____	Non	_____
	Ne s'applique pas	_____		

21. Pour l'évaluation de cet élève, avez-vous effectué des observations directes autres que dans votre bureau lors de l'évaluation?

Oui _____ Non _____
 Ne s'applique pas _____

21.1 Si oui, combien de fois ? 1 fois _____ Plus d'une fois ? combien? _____

21.2 Si vous avez fait de l'observation directe, dans quel environnement l'avez-vous fait ?

Dans la classe _____

Dans les corridors _____

Dans la cour de l'école _____

Au gymnase _____

À la cafétéria _____

Au service de garde _____

Ailleurs; spécifiez : _____

21.3 Si vous avez fait de l'observation directe, avez-vous utilisé une grille d'observation systématique ?

Oui _____ Non _____

Ne s'applique pas _____

21.4 Si oui, spécifier quelle grille d'observation vous avez utilisée.

22. Dans ce dossier, si vous avez fait l'analyse des bulletins et des travaux scolaires, quels éléments avez-vous recueillis ?

Analyse des bulletins _____

Analyse des devoirs à la maison _____

Analyse des productions à l'école _____

Fiche de comportement (feuille de route) _____

Autres, spécifiez : _____

23. Combien d'heures, dans ce dossier, avez-vous passées UNIQUEMENT à l'évaluation ?

Arrondir à l'heure près _____ heures

24. Avez-vous référé l'élève à d'autres spécialistes afin de compléter votre évaluation ?

Oui _____ Non _____

Si oui, le ou lesquels

Médecin généraliste _____

Neuropsychologue _____

Infirmière _____

Médecin spécialiste _____

(neurologue, pédopsychiatre...) _____

Orthophoniste _____

Orthopédagogue _____

Autres _____

Spécifiez : _____

25. Description des problèmes observés suite à votre évaluation :

	Oui	Non	Ne s'applique pas
a) Gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux milieux de vie ou plus	___	___	___
b) Certains symptômes du TDAH ont causé une gêne fonctionnelle avant l'âge de 7 ans	___	___	___
c) Altération clinique significative du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, selon l'âge	___	___	___
d) Présence de six symptômes d'inattention (DSM-IV-TR) ou plus Nombre de symptômes d'inattention : _____	___	___	___
e) Présence de six symptômes d'hyperactivité-impulsivité (DSM-IV-TR) ou plus Nombre de symptômes d'hyperactivité : _____ Nombre de symptômes d'impulsivité : _____	___	___	___
f) Présence de :			
Trouble oppositionnel	___	___	___
Trouble de la conduite	___	___	___
Dépression	___	___	___
Anxiété	___	___	___
Trouble adaptatif	___	___	___
g) Présence de problèmes d'apprentissage ou de développement :			
Trouble du développement du langage	___	___	___
Dysfonction auditive	___	___	___
Problèmes associés à la mémoire	___	___	___
Retard mental	___	___	___
Retards d'apprentissage spécifiques	___	___	___
Préciser _____			
h) Présence de troubles cognitifs	___	___	___
i) Présence de facteurs de risque d'une atteinte neurologique	___	___	___
j) Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental	___	___	___

26. Impression diagnostique

	Présent	Absent
26.1 Trouble diagnostiqué		
TDAH, type mixte	—	—
TDAH, type inattention prédominant	—	—
TDAH, type hyperactivité-impulsivité prédominant	—	—
TDAH, non spécifié	—	—

26.2 Autres diagnostics possibles

	Trouble	Prédominant	associé
Présence d'autres problèmes (spécifier)			
Trouble oppositionnel avec provocation		_____	
Trouble des conduites		_____	
Comportement perturbateur non spécifié		_____	
Syndrome de Gilles de la Tourette		_____	
Syndrome d'Asperger		_____	
Retard mental		_____	
Trouble anxieux		_____	
Autre(s)		_____	
Spécifier _____			

27. Suite à votre évaluation, cet élève a-t-il reçu un diagnostic TDAH ?

Oui _____ Non _____
 Ne sais pas _____

27.1. Dans l'affirmatif, qui en a donné le diagnostic ?

Médecin _____
 Vous-même _____
 Autres, spécifiez _____
 Ne sais pas _____

28. Suite à votre évaluation, les enfants ont reçu quelle cote parmi celle du MELLS :

Élève à risque OUI _____ NON _____
 Code # _____

29. Suite à votre évaluation, quelles actions avez-vous posées pour cet élève ?

30. Y a-t-il d'autres actions que vous avez faites dans ce dossier, lors de votre évaluation, qui ne sont pas abordées par ce questionnaire?

APPENDICE C

GRILLE D'EVALUATION DU QUESTIONNAIRE

Formulaire d'évaluation du questionnaire

Enquête auprès des psychologues scolaires sur les pratiques évaluatives des enfants soupçonnés du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Vos commentaires et suggestions seront très appréciés puisqu'ils permettront d'élaborer une version finale du questionnaire plus pertinente.

QUESTIONS	LA QUESTION EST-ELLE CLAIRE?	LA QUESTION EST-ELLE UTILE ET PERTINENTE?	COMMENTAIRES
Profil du participant			
1. Votre sexe	Oui Non	Oui Non	
2. Année d'obtention	Oui Non	Oui Non	
3. Années d'expérience	Oui Non	Oui Non	
4. Formation universitaire	Oui Non	Oui Non	
5. Orientation théorique	Oui Non	Oui Non	
6. Membre de l'AQPS	Oui Non	Oui Non	
7. Nbre d'écoles et d'élèves	Oui Non	Oui Non	
8. Nom de la commission scolaire	Oui Non	Oui Non	
Questionnaire principal sur le contenu des dossiers scolaires			
A. Titre	Oui Non	Oui Non	
B. Préambule, 1 ^{er} paragraphe	Oui Non	Oui Non	
C. Préambule, 2 ^e paragraphe	Oui Non	Oui Non	
1. Sexe de l'élève	Oui Non	Oui Non	
2. Âge de l'élève	Oui Non	Oui Non	
3. Année scolaire	Oui Non	Oui Non	
4. Classe ordinaire ou spéciale	Oui Non	Oui Non	
5. Évalué par médecin	Oui Non	Oui Non	
6. Médicaments	Oui Non	Oui Non	
7. Provenance de la demande	Oui Non	Oui Non	

8. Critères diagnostics	Oui Non	Oui Non	
9. Nombre de rencontres élève	Oui Non	Oui Non	
10. Questionnaires et échelles	Oui Non	Oui Non	
10.1. Liste des questionnaires	Oui Non	Oui Non	
10.2 et 10.3 Résultats	Oui Non	Oui Non	
11. Aptitudes intellectuelles ou de performance; liste des tests	Oui Non	Oui Non	
11.1, 11.2 et 11.3. Résultats	Oui Non	Oui Non	
12. Autres tests; liste des tests	Oui Non	Oui Non	
12.1 et 12.2. Résultats	Oui Non	Oui Non	
13. Informations recueillies	Oui Non	Oui Non	
14. Nombre de rencontres parents	Oui Non	Oui Non	
15. Questionnaires et échelles	Oui Non	Oui Non	
15.1 Liste des questionnaires	Oui Non	Oui Non	
15.2 et 15.3 Résultats	Oui Non	Oui Non	
16. Éléments recueillis parents	Oui Non	Oui Non	
17. Nb. de rencontres enseignants	Oui Non	Oui Non	
18. Questionnaires et échelles	Oui Non	Oui Non	
18.1 Liste des questionnaires	Oui Non	Oui Non	
18.2 et 18.3 Résultats	Oui Non	Oui Non	
19. Éléments recueillis enseignants	Oui Non	Oui Non	
20. Ce qui a fait ressortir le TDAH	Oui Non	Oui Non	
21. Nombre d'observations directes	Oui Non	Oui Non	
21.2 Env. des observations	Oui Non	Oui Non	
21.3 et 21.4 Obs. systématiques	Oui Non	Oui Non	
22. Résultats scolaires	Oui Non	Oui Non	
23 Nb. d'heures à l'évaluation	Oui Non	Oui Non	
24. Référence à un spécialiste	Oui Non	Oui Non	
25. Desc. des problèmes observés (Liste de l'OPQ)	Oui Non	Oui Non	
26. Impression diagnostic (Liste de l'OPQ)	Oui Non	Oui Non	

27. Diagnostic reçu	Oui Non	Oui Non	
28. Cote du MELS	Oui Non	Oui Non	
29. Actions posées post évaluation	Oui Non	Oui Non	
30. Autres actions posées	Oui Non	Oui Non	

APPRECIATION GENERALE DU QUESTIONNAIRE

L'ordre de succession des questions est-il logique ? Sinon, veuillez indiquer quelles améliorations pourraient être apportées.

En vous remerciant de l'intérêt et du temps consacré à ce projet de recherche.
Cordialement,

Daniel Charland
Étudiant au doctorat, département de psychologie, Université du Québec à Montréal

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Nom : _____

Titre : _____

APPENDICE D
QUESTIONNAIRE FINAL

**ENQUÊTE AUPRÈS DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES SUR LES PRATIQUES ÉVALUATIVES DU
TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ, AU PRIMAIRE**

Profil du participant

1. Votre sexe Féminin Masculin
2. Année d'obtention de votre permis de pratique de l'OPQ _____
3. Nombre d'années d'expérience pratique en psychologie scolaire au primaire : _____ année(s)
4. Formation universitaire complétée en psychologie
 - 4.1 Dernier niveau complété

Maîtrise	<input type="checkbox"/>
Scolarité doctorale	<input type="checkbox"/>
Doctorat complété	<input type="checkbox"/>
 - 4.2 Domaine de spécialisation aux études de cycles supérieurs

Éducation/scolaire	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>
Développement	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>

Si autre, spécifiez : _____
 - 4.3 Combien d'heures estimez-vous avoir reçu, au cours de votre vie, en formation spécifique sur le TDA/H
_____ heures
5. Quelle-s orientation-s théorique-s guide-nt votre pratique lors de vos évaluations ?
(Maximum de 2 choix)

Cognitive/comportementale	<input type="checkbox"/>
Existentielle/humaniste	<input type="checkbox"/>
Psychodynamique/analytique	<input type="checkbox"/>
Systémique/interactionnelle	<input type="checkbox"/>
Autres, spécifiez : _____	
6. Êtes-vous membre de l'Association québécoise de psychologues scolaires (AQPS) ?

OUI	<input type="checkbox"/>
NON	<input type="checkbox"/>
7. Concernant votre charge de travail
 - 7.1 Quel est votre régime de travail ? Travail à temps complet partiel
 - 7.2 Dans combien d'écoles travaillez-vous ? _____ école(s)
 - 7.3 Combien de dossiers, sous votre responsabilité, sont actifs (ont été ouvert, par vous ou quelqu'un d'autre, et ne sont pas fermés) ? _____ dossiers

8. Le nom de votre commission scolaire principale ? _____

QUESTIONNAIRES SUR LES PRATIQUES ÉVALUATIVES DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ À PARTIR DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES DOSSIERS DES ÉLÈVES DU PRIMAIRE.

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations contenues dans deux dossiers, **dossier A et dossier B**, d'élèves du primaire sous votre responsabilité qui ont fait l'objet d'une évaluation psychologique. Le motif de consultation doit contenir les mots INATTENTION, HYPERACTIVITÉ ou IMPULSIVITÉ ou l'expression Trouble Déficitaire de l'Attention/ Hyperactivité (TDA/H) ou tout autres mots ou expressions que vous pouvez interpréter en ce sens. Vous devez avoir réalisé personnellement la MAJORITÉ des évaluations relatives au travail du psychologue dans ces dossiers.

Ce questionnaire ne sera, en aucun temps, utilisé ou utilisable, par son anonymat, pour une inspection professionnelle, cette étude n'étant aucunement reliée aux activités de l'OPQ. Notez UNIQUEMENT ce qui est contenu dans les dossiers. Choisissez les deux derniers dossiers d'élèves qui ont été évalués par vous, pour le motif de consultation évoqué ci-dessus, même si le contenu des dossiers ne reflète pas exactement vos pratiques habituelles ou les pratiques prescrites par l'OPQ.

DOSSIER A

1. Date de l'ouverture du dossier ? Jour _____ Mois _____ Année _____
2. Le sexe de l'élève ? Garçon Fille
3. Âge de l'élève lors de la demande d'évaluation ? _____ ans _____ mois
4. Le niveau de l'élève : maternelle, première à sixième année ? _____ année
5. L'élève a-t-il déjà redoublé Oui Non
6. Au moment de la demande, s'agit-il d'un élève de classe ordinaire (régulière)
ordinaire avec aide (comme aide-orthophoniste ou autres)
ou spéciale
7. Cet élève a-t-il été évalué par un médecin, concernant le TDAH, avant qu'il vous soit référé ?

Oui Non
8. Au moment de l'évaluation, cet élève consommait-il des médicaments ?

Oui Non

8.1 Dans l'affirmatif, lesquels : _____ / _____ / _____
_____ / _____ / _____

9. De qui provient la demande d'évaluation de cet élève ?

- Enseignant(e)-titulaire
- Enseignant(e)-spécialiste
- Orthopédagogue
- Médecin
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Parent(s)
- Équipe multidisciplinaire
- Autres, spécifiez : _____

10. Quelles références diagnostiques avez-vous utilisées dans l'évaluation de cet élève?

- DSM-IV-TR
- CIM-10

Si autre, spécifiez : _____

CETTE SECTION CONCERNE LES **TESTS** QUE L'ÉLÈVE A PASSÉS.

11. Cet élève a-t-il passé un test d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaire?

Oui Non

Si la réponse est NON, passez à la question 12.

Si oui, le ou lesquels de ces tests ont été utilisés ?

(Donnez le nom exact, la version utilisée et, selon le cas, les titres des sous-tests utilisés.)

Exemple 1 : Le test d'intelligence de Wechsler (WISC-IV) publié en 2003.

Exemple 2 : Les sous-tests « Design Fluency Test », le « Color-World Interference Test » et le « Sorting Test » du Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS) publié en 2001.

Exemple 3 : Le Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch) publié en 2005.

11.1.1 1^{er} test

Date de passation : _____

Titre du test ou des sous-tests : _____

version : _____

11.1.2 Les résultats de ce test ou de ces sous-tests indiquent-ils, la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

11.2.1 2^e test

Date de passation : _____

Titre du test ou des sous-tests : _____

version : _____

11.2.2 Les résultats de ce test ou de ces sous-tests indiquent-ils, la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

11.3.1 3^e test

Date de passation : _____

Titre du test ou des sous-tests : _____
 _____ version : _____

11.3.2 Les résultats de ce test ou de ces sous-tests indiquent-ils, la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

12. Cet élève a-t-il passé un test, de personnalité, projectif, de comportements adaptatifs ou autres ?

Oui Non **Si la réponse est NON, passez à la question 13.**

Si oui, le ou lesquels avez-vous utilisés(s) ? **(Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.)**

Exemple 1 : Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, (Piers-Harris 2) publié en 2002.

Exemple 2 : Roberts Apperception Test for Children (RATC) Roberts-2 publié en 2005.

Exemple 3 : Vineland Adaptative Behavior Scale (Vineland II) 2006.

12.1.1 1^{er} test

Date de passation : _____

Titre du test : _____
 _____ version : _____

12.1.2 Les résultats de ce test indiquent-ils, la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

12.2.1 2^e test

Date de passation : _____

Titre du test : _____
 _____ version : _____

12.2.2 Les résultats de ce test indiquent-ils, la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

12.3.1 3^e test

Date de passation : _____

Titre du test : _____
 _____ version : _____

12.3.2 Les résultats de ce test indiquent-ils, la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

CETTE SECTION CONCERNE LES RENCONTRES EFFECTUÉES AVEC L'ÉLÈVE, **EXCLUANT** LES RENCONTRES PRÉVUES POUR LES TESTS PRÉCÉDEMMENT ÉNUMÉRÉS.

13. Combien de fois l'élève a-t-il été rencontré aux fins d'évaluation, excluant les tests ? _____ fois

(si « 0 fois », passez ainsi à la question 14)

Au cours de cette ou ces rencontre(s),

13.1 s'agissait-il d'une entrevue formelle ? Oui Non

13.1.1 Les résultats de cette entrevue formelle indiquent-ils la présence d'indice du TDAH ?

Oui Non

13.2 a-t-on utilisé un ou des questionnaires structurés ? Oui Non

Si oui, le ou lesquels ? _____ versions _____

13.2.1 Les résultats de ce(s) questionnaire(s) indiquent-ils la présence d'indice du TDAH ?

Oui Non

13.3 a-t-on utilisé des échelles de comportement ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____ versions _____

13.3.1 Les résultats de ces échelles de comportement indiquent-ils la présence d'indice du TDAH ?

Oui Non

13.4 a-t-on utilisé des questionnaires maison ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____ versions _____

13.4.1 Les résultats de ce(s) questionnaire(s) maison indiquent-ils la présence d'indice du TDAH ?

Oui Non

13.5 Si l'élève a été rencontré, en excluant les rencontres pour les tests, quelles informations ont été recueillies ?

	Oui	Non
La nature de ses problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses compétences scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son contexte familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son contexte scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses activités de loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses goûts et ses préférences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa consommation (alcool, drogue, médicaments...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification des personnes significatives pour lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos observations sur son comportement lors de l'entrevue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres informations ? Lesquelles ?		

14. Pour l'évaluation de cet élève, a-t-il été effectué des observations directes autres que dans votre bureau ou dans celui de l'évaluateur précédent ?

Oui

Non

Si la réponse est NON, passez à la question 15.

14.1 Si oui, combien de fois ? 1 fois Plus d'une fois ? combien? _____

14.2 Dans quel environnement les observations ont-elles été faites ?

Dans la classe

Dans les corridors

Dans la cour de l'école

Au gymnase

À la cafétéria

Au service de garde

Ailleurs; spécifiez : _____

14.3 Pour l'observation directe, une grille d'observation systématique a-t-elle été utilisée ?

Oui

Non

14.4 Si oui, spécifier quelle grille d'observation a été utilisée. (Ex. : grille d'analyse fonctionnelle)

14.5 Les résultats de ces observations ont-ils fourni des indices de la présence du TDAH ?

Oui Non

15. Dans ce dossier, s'il y a eu analyse des résultats et des travaux scolaires, quels éléments ont été recueillis ?

	Oui	Non
Analyse des bulletins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse des devoirs à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse des productions à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche de comportement (feuille de route)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, spécifiez : _____		

CETTE SECTION CONCERNE LES RENCONTRES ET LES COMMUNICATIONS EFFECTUÉES AUPRÈS DES PARENTS.

16. Lors de l'évaluation, avez-vous rencontré ou communiqué avec un ou les parents ?

Oui Non Si la réponse est NON, passez à la question 17.

16.1 Si oui, combien de fois ? 1 fois Plus d'une fois ? combien? _____

16.2 Au cours de cette ou de ces communication(s), avec le ou les parent(s), si vous avez réalisé une entrevue formelle, avez-vous utilisé un ou des questionnaires structurés, des échelles de comportements ou des questionnaires maisons ?

Oui Non

Si oui, lesquels ? (**Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.**)

Exemple 1 : Échelle d'évaluation Connors pour les parents, version révisée (longue) 1997.

Exemple 2 : Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, critères TDAH du DSM-IV-TR)

Exemple 3 : Behavior Assessment System for Children (BASC-2)

16.2.1 1^{er} questionnaire

Version

16.2.2 Les résultats de ces questionnaires indiquent-ils la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

16.2.3 2^e questionnaire

Version

16.2.4 Les résultats de ces questionnaires indiquent-ils la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

16.3 Avec les parents de cet élève, lors des communications, quels ont été les éléments recueillis ?

	Oui	Non
Nature du problème (motif de consultation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histoire du problème (apparition des premiers symptômes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leur compréhension du problème de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'histoire développementale de l'enfant (santé, langage, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'histoire périnatale et les antécédents familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempérament et personnalité de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contexte familial (monoparentalité ou nouvel immigrant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'historique des relations familiales et sociales de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les intérêts et les talents de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultations antérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements observés par les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opinions des enseignants rapportées aux parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaux scolaires à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Style de discipline des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degré d'accord des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres informations pertinentes ? _____		

Autres troubles mentaux rapportés (Gilles de la Tourette, troubles anxieux...)

Lesquels ? _____

LES QUESTIONS QUI SUIVENT CONCERNENT LES RENCONTRES ET COMMUNICATIONS EFFECTUÉES AUPRÈS DES ENSEIGNANTS DE CET ÉLÈVE.

17. Lors de l'évaluation de cet élève, y a-t-il eu des rencontres ou des communications avec un ou des enseignants de cet élève?

Oui

Non

Si la réponse est NON, passez à la question 18.

17.1 Si oui, combien de fois ? 1 fois Plus d'une fois ? combien? _____

17.2 Au cours de cette ou ces rencontre(s) avec le ou les enseignant(s), si une entrevue formelle a été réalisée, a-t-il été utilisé un ou des questionnaires structurés, des échelles de comportements ou des questionnaires maisons ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ? (Donnez le nom exact ainsi que la version utilisée.)

Exemple 1 : Questionnaire d'évaluation Connors, version révisée (L) 1997, pour les Professeur(e)s

Exemple 2 : Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, critères TDAH du DSM-IV-TR)

Exemple 3 : Behavior Assessment System for Children (BASC-2) Teacher Rating Scales 2004.

17.2.1 1^{er} questionnaire

Version _____

17.2.2 Les résultats de ce questionnaire indiquent-ils la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

17.2.3 2^e questionnaire

Version _____

17.2.4 Les résultats de ces questionnaires indiquent-ils la présence d'indices de TDAH ?

Oui Non

17.3 Pour cet élève, lors des rencontres ou communications, avec un ou des enseignants, quels ont été les éléments recueillis ?

	Oui	Non
Nature du problème (motif de consultation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histoire du problème (apparition des premiers soupçons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements observés par le ou les enseignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leur compréhension du problème de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les facteurs d'exacerbation et d'amélioration du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les intérêts et les talents de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degré d'intégration avec les pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les travaux et les productions de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres informations pertinentes ? Lesquelles ? _____		

18. Dans ce dossier, notez l'importance de chacun des éléments dans votre évaluation du TDAH. Encerclez le chiffre correspondant à l'importance attribuée, de 1 (peu important) à 4 (très important).

	Peu important		Très important	
	1	2	3	4
18.1 Les tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaires				
18.2 Les tests de personnalité, projectifs, de comportements adaptatifs ou autres				
18.3 Les rencontres aux fins d'évaluation, excluant les tests				
18.4 Les observations directes autres que dans le bureau				
18.5 Les résultats et les travaux scolaires				
18.6 Les rencontres et communications avec les parents				
18.7 Les rencontres et communications avec les enseignants				

19. Pour ce dossier, notez le temps consacré à chacun des éléments suivants et faites le total.

19.1 Les tests d'aptitudes intellectuelles, de performance ou scolaires	_____ heures	_____ minutes
19.2 Les tests de personnalité, projectifs, de comportements adaptatifs ou autres	_____ heures	_____ minutes
19.3 Les rencontres aux fins d'évaluation, excluant les tests	_____ heures	_____ minutes
19.4 Les observations directes autres que dans le bureau	_____ heures	_____ minutes

- 19.5 Les résultats et les travaux scolaires _____ heures _____ minutes
- 19.6 Les rencontres et communications avec les parents _____ heures _____ minutes
- 19.7 Les rencontres et communications avec les enseignants _____ heures _____ minutes
- 19.8 Rencontres et communications avec d'autres personnes ou spécialistes _____ heures _____ minutes
- 19.9 Rédactions de rapports _____ heures _____ minutes
- 19.10 Temps autres ? Spécifiez : _____ heures _____ minutes

20. **TEMPS TOTAL POUR L'ÉVALUATION DU TDAH DANS CE DOSSIER** _____ heures _____ minutes

21. Avez-vous référé l'élève à d'autres spécialistes afin de compléter votre évaluation ?

Oui Non

Si oui, le ou lesquels

- Médecin généraliste
- Neuropsychologue
- Infirmière
- Médecin spécialiste
(neurologue, pédopsychiatre...)
- Orthophoniste
- Orthopédagogue
- Psychoéducateur
- Autres
- Spécifiez : _____

22. Avez-vous communiqué avec d'autres personnes ou spécialistes afin de compléter votre évaluation ?

Oui Non Si oui, le ou lesquels _____

23. Votre évaluation vous a permis d'observer les difficultés suivantes :

	Oui	Non
a) Gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux milieux de vie ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Certains symptômes du TDAH ont causé une gêne fonctionnelle avant l'âge de 7 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Altération clinique significative du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, selon l'âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Présence de six symptômes d'inattention (DSM-IV-TR) ou plus Nombre de symptômes d'inattention : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Présence de six symptômes d'hyperactivité-impulsivité (DSM-IV-TR) ou plus Nombre de symptômes d'hyperactivité : _____ Nombre de symptômes d'impulsivité : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Présence de :		
Trouble oppositionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble adaptatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Présence de problèmes d'apprentissage ou de développement :		
Trouble du développement du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonction auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes associés à la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retards d'apprentissage spécifiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés au niveau des fonctions exécutives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, préciser _____		
h) Présence de troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Présence de facteurs de risque d'une atteinte neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Impression diagnostique psychologique

24.1 Trouble diagnostiqué

TDAH, type mixte TDAH, type inattention prédominant (TDA)
 TDAH, non spécifié TDAH, type hyperactivité-impulsivité prédominant

24.2 Autres diagnostics possibles

Présence d'autres problèmes (spécifier)

Trouble oppositionnel avec provocation
 Trouble des conduites
 Comportement perturbateur non spécifié
 Syndrome de Gilles de la Tourette
 Syndrome d'Asperger
 Trouble envahissant du développement
 Retard mental
 Trouble anxieux
 Autre(s) Spécifier _____

25. Suite à votre évaluation, cet élève a-t-il reçu un diagnostic de TDAH ?

Oui Non

25.1 Dans l'affirmatif, qui en a donné le diagnostic ?

Médecin généraliste
 Médecin spécialiste
 Quelle spécialité ? _____
 Autres, spécifiez _____
 Ne sais pas

26. Suite à votre évaluation, l'enfant a reçu quelle cote parmi celle du MELS :

Élève à risque OUI NON

Code du MELS # _____

27. Suite à votre évaluation, quelles actions avez-vous posées pour cet élève ?

Exemples : Référé en orthopédagogie; intervention psychologique; etc.

28. Y a-t-il d'autres actions que vous avez faites dans ce dossier, lors de votre évaluation, qui ne sont pas abordées par ce questionnaire?

APPENDICE E

Répartition de l'échantillon

APPENDICE F

Lettre de sollicitation et présentation du projet de recherche

Formulaire de consentement

Formulaire d'intérêt pour les résultats

LETTRE DE SOLLICITATION ET PRÉSENTATION DU PROJET

Titre : ENQUÊTE AUPRÈS DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES SUR LES PRATIQUES ÉVALUATIVES DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ, AU PRIMAIRE

But de la recherche.

Cette étude terrain devrait permettre de dresser un portrait sur les procédures mises en place par les psychologues scolaires lorsqu'ils reçoivent une demande d'évaluation concernant un élève soupçonné d'avoir un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Cette démarche permet d'évaluer l'écart, s'il existe, entre les pratiques des psychologues scolaires en matière d'évaluation du TDAH et les recommandations prescrites par l'Ordre des psychologues du Québec. Cette étude est réalisée dans le cadre de la thèse doctorale de Daniel Charland sous la direction de Jacques Forget, Ph. D. professeur au département de psychologie de l'UQAM. Nous sommes à la recherche de 200 psychologues scolaires qui travaillent auprès d'enfants du primaire à travers le Québec. Si vous acceptez d'y participer, votre rôle sera de remplir un questionnaire à partir des données inscrites dans les dossiers de deux élèves récemment évalués.

Les résultats obtenus pourront illustrer les pratiques et les difficultés auxquelles les psychologues scolaires peuvent être confrontés dans leur travail. L'objectif est d'établir, compte tenu de la tâche requise, les ressources utilisées; les disponibilités des professionnels; la possible disparité régionale; le temps moyen pour évaluer un enfant soupçonné d'un TDAH; les méthodes et les tests les plus utilisés.

Afin de conserver la confidentialité et l'anonymat, aucune donnée nominative ne vous sera demandée. Seul le nom de votre Commission scolaire d'attachement sera requis et nous servira à déterminer votre Région administrative aux fins d'analyse.

Votre contribution est grandement appréciée. Si vous le désirez, vous recevrez par courriel ou par La Poste les résultats globaux de notre enquête.

NE PAS INCLURE CETTE FEUILLE DANS L'ENVELOPPE RETOUR

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Enquête auprès des psychologues scolaires sur les pratiques évaluatives du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, au primaire.

Je (prénom(s) et nom) _____,
soussigné(e), accepte de participer au projet de recherche ci-haut mentionné. Je reconnais avoir été informé(e) des buts de cette recherche dont le principal objectif est de dresser un portrait des pratiques utilisées dans le processus d'évaluation des enfants soupçonnés d'hyperactivité (TDAH) au Québec. J'ai été informé que ma participation, mes réponses et toutes autres informations recueillies demeureront confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche.

Afin d'y participer, je devrai remplir trois questionnaires, réunis et brochés, contenant : un questionnaire portant sur mes données sociodémographiques et deux questionnaires identiques, intitulés Dossier A et Dossier B, où je devrai transcrire certaines informations contenues dans les dossiers de deux élèves soupçonnés de TDAH et dont j'ai réalisé la majorité de l'évaluation. Le temps requis ne devrait pas dépasser une heure. Je devrai déposer dans l'enveloppe-réponse affranchie le présent formulaire, les trois questionnaires et, si je le désire, mes coordonnées afin de recevoir un résumé des conclusions de cette étude. Les dossiers des élèves ne devraient pas quitter mon lieu habituel de travail; je pourrai ainsi conserver la discrétion quant à ma participation. L'anonymat et la confidentialité sont assurés par l'absence d'information nominative. Mon intérêt pour le domaine et les avantages escomptés de votre publication sont mes seuls bénéfices.

Je reconnais être entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête et je peux m'en retirer en tout temps sans justification ou pénalité. De plus, j'ai été informé(e) que je recevrai, si je le désire, un résumé des résultats et la conclusion de la présente enquête en signe de remerciement pour ma participation et mon importante contribution.

Signature du participant(e) _____ DATE : _____

Pour toutes informations au sujet de ce projet, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Chercheur : Daniel Charland, M.Ps.
Psychologue
514 793-8057
Courriel : daniel-charland@videotron.ca

Directeur : Jacques Forget
514 987-3000 poste 7776
Courriel : forget.jacques@uqam.ca

Signature du chercheur _____ Signature du directeur _____

INCLURE CETTE FEUILLE DANS L'ENVELOPPE RETOUR

LETTRE D'INTÉRÊT POUR LES RÉSULTATS

Ayant participé à la recherche dont le titre était « **Enquête auprès des psychologues scolaires sur les pratiques évaluatives du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, au primaire.** », je désire recevoir un résumé des résultats globaux et la conclusion de cette enquête.

Je désire recevoir les résultats et la conclusion de la façon suivante :

Par courriel à l'adresse suivante :

Par courrier à l'adresse suivante :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

INCLURE CETTE FEUILLE DANS L'ENVELOPPE RETOUR