

Évaluation de l'enfant présentant des indices de retard de développement

Lignes directrices



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

PREMIÈRE ÉDITION (2013)

Groupe de travail

Marie-Catherine Auclair-Julien, ps.éd., CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Marc Lanovaz, Ph. D., Université de Montréal
Claude Paquette, ps.éd., OPPQ
Sylvie Pelletier, ps.éd., Hôpital Sainte-Justine
Ghitza Thermidor, ps.éd., Hôpital Rivière-des-Prairies
Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd., OPPQ

Consultations

Thérèse Besnard, Ph. D., ps.éd., Université de Sherbrooke
Marie-Christine Harguindéguy-Lincourt, ps.éd., CASIOPE
Thiên Trinh Nguyễn, ps.éd., CSSS Pierre-Boucher
Jocelyne Pronovost, Ph. D., ps.éd., Université du Québec à Trois-Rivières

DEUXIÈME ÉDITION (2020)

Comité de révision

Andréanne Bérubé, ps.éd., clinique privée Déclic, Montréal
Carmen Dionne, professeure et titulaire de la Chaire UNESCO en dépistage et évaluation développement des jeunes enfants, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Marie-Christine Harguindéguy-Lincourt, ps.éd., coordonnatrice à la formation continue et au soutien de la pratique
Claudine Jacques, Ph.D. ps.éd., professeure en psychoéducation et en psychologie, Université du Québec en Outaouais, chercheure régulière, CISSS de l'Outaouais
Colombe Lemire, professeure au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
Maude Riopel, ps.éd., CIUSSS de l'Estrie, pratique privée
Ghitza Thermidor, M. Sc., ps.éd., CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Recherche et rédaction

Chantal Dézainde, Ph.D., ps.éd., Université de Montréal

Coordination

Catherine de Lanux, ps.éd., coordonnatrice aux affaires professionnelles

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

ISBN 978-2-9814596-2-6

© OPPQ, 2020.

Pour citer ce document : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2020). *Évaluation de l'enfant présentant des indices de retard de développement. Lignes directrices*. Montréal.

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. But des présentes lignes directrices	2
2. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Projet de loi n° 21)	3
3. Précisions sur l'activité réservée	4
4. Le développement : un processus global et intégré.....	7
➤ Une perspective interactionniste	7
5. Le retard de développement	10
➤ Indice de retard de développement.....	10
➤ Retard de développement.....	10
➤ Retard global de développement.....	11
6. L'évaluation psychoéducative d'un enfant qui présente des indices de retard de développement	12
➤ Recueillir de l'information sur l'histoire familiale, le développement de l'enfant et l'apparition des difficultés	15
➤ Observer l'enfant dans ses environnements.....	15
➤ Deux types d'évaluation complémentaires.....	15
➤ Procéder à l'évaluation normative	15
➤ Procéder à l'évaluation fonctionnelle	16
➤ Grilles d'observation et dépistage.....	16
7. Considérations éthiques et cliniques.....	19
➤ La compétence du psychoéducateur	19
➤ La collaboration parentale.....	19
➤ La diversification des sources d'information et des outils d'évaluation.....	20
➤ L'interprétation clinique.....	20
➤ La portée de l'évaluation et ses limites.....	20
➤ La contribution particulière du psychoéducateur	22
ANNEXE 1. Le développement de l'enfant : état des connaissances	23
ANNEXE 2. Outils d'évaluation des différentes sphères du développement de l'enfant.	25
RÉFÉRENCES	28

Introduction

« Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins » constitue une des activités qui a été réservée par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (Projet de loi n° 21) (ci-après la Loi).

Les psychoéducatrices et psychoéducateurs y ont été identifiés au nombre des professionnels autorisés à l'exercer. Dès lors, la nécessité de mettre à la disposition de ses membres des balises pour l'exercer dans les règles de l'art a mené l'Ordre à une première publication, en 2013, de Lignes directrices alors intitulées : *Retard de développement. Lignes directrices*.

Depuis, plusieurs éléments ont conduit à une révision de ces lignes, soit la nécessité de revoir les outils présentés, l'introduction de la scolarisation d'enfants de quatre ans et l'inclusion nouvelle au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, dans sa cinquième version (DSM-5), du retard global de développement à titre de trouble mental.

Étant donné que ces changements ne modifient en rien l'aptitude des psychoéducatrices et psychoéducateurs à effectuer l'évaluation d'enfants présentant des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation pouvant répondre à leurs besoins, qu'ils soient scolarisés ou non, la révision des lignes directrices vise à tenir compte de cette réalité. Elles portent donc sur l'évaluation psychoéducative de l'enfant présentant des indices de retard de développement, que cette dernière se fasse dans le contexte de l'activité réservée par la Loi ou non.

1. But des présentes lignes directrices

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

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

Ces lignes directrices viennent s'ajouter à d'autres documents proposés par l'Ordre, qui offrent des repères aux psychoéducatrices et aux psychoéducateurs pour baliser leur pratique, notamment les lignes directrices sur *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation* (2014), le cadre de référence *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse* (2011) et les lignes directrices sur *L'utilisation des instruments de mesure* (2013).

2. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Projet de loi n° 21)

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, adoptée en juin 2009 et mise en application le 20 septembre 2012, s'inscrit dans le cadre des fondements du système professionnel, dont l'imputabilité, la responsabilité et la formation continue. Cette Loi garantit aux clientèles vulnérables que les évaluations et les interventions comportant un degré élevé de préjudice seront réalisées par des professionnels¹ et, de ce fait, couvertes par les mécanismes de protection du public. Elle définit le champ d'exercice des différentes professions en relations humaines, introduit la notion d'activités réservées à des professionnels et encadre la pratique de la psychothérapie. La Loi inclut la prévention du suicide parmi les activités d'information et de prévention communes à l'exercice de certaines professions de la santé. Sans être réservées, ces activités de prévention font partie de la pratique pour laquelle le professionnel est imputable au regard de la protection du public. La Loi fait appel aux connaissances et aux compétences spécifiques des professionnels ainsi qu'à leur complémentarité afin d'offrir des services de qualité à la population. Une activité réservée peut être exercée par plusieurs professionnels, chacun y apportant sa contribution spécifique, selon son champ d'exercice. Le champ d'exercice du psychoéducateur est défini ainsi :

« Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un PI et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement » (Guide explicatif, section 2.7)².

Le psychoéducateur partage avec d'autres professionnels l'exercice de sept activités réservées, dont cinq concernent l'évaluation de clientèles vulnérables. La définition des champs d'exercice des différentes professions et la notion de réserve d'activités à risque de préjudice ont des impacts sur la pratique professionnelle. L'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) produit des lignes directrices pour soutenir les psychoéducateurs dans la réalisation de ces activités.

¹ L'emploi du terme professionnel dans ce texte désigne un intervenant membre de son ordre professionnel.

² Depuis l'adoption de la Loi, le Guide explicatif a connu quelques versions et il continuera d'évoluer afin d'inclure des précisions sur l'application des dispositions de cette loi. Il est donc probable que d'autres éditions de ce guide soient publiées dans l'avenir.

3. Précisions sur l'activité réservée

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

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

Cette évaluation doit être réalisée le plus tôt possible dans la vie de l'enfant afin de s'assurer que la stimulation qu'il reçoit est la plus ajustée à ses besoins et à ceux de ses milieux de vie. Compte tenu du jeune âge de l'enfant et de sa trajectoire développementale difficilement prévisible, la réalisation de cette évaluation doit prendre appui sur l'observation de l'enfant en interaction avec ses environnements. Il importe de considérer qu'il s'agit d'une représentation momentanée du développement de l'enfant, qui peut nécessiter une révision ainsi que la mise en commun d'expertises diverses.

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

L'Ordre publiait en 2008 (révisé en 2014)³ le *Guide d'évaluation psychoéducative* venant établir des lignes directrices concernant l'évaluation de la personne faite par le psychoéducateur. Le modèle d'évaluation proposé est constitué de trois parties dont les éléments sont étroitement liés :

- Situation problématique, facteurs de risque et de protection associés :
 - facteurs individuels
 - facteurs familiaux et autres soutiens sociaux
 - facteurs liés aux autres milieux de vie
 - facteurs sociétaux
- Le fonctionnement adaptatif de la personne, le niveau de convenance entre les ressources individuelles et celles de l'environnement :
 - interactions entre le potentiel adaptatif de la personne (PAd) et le potentiel du milieu (PEX)
 - manifestations comportementales observables
- Le jugement clinique posé à partir du bilan des capacités et difficultés adaptatives :
 - nature et sévérité de la situation problématique
 - incidence dans la vie de l'individu et de l'entourage
 - niveau d'adaptation psychosociale
 - impact de la problématique sur la trajectoire développementale de la personne

³ Le Guide est alors renommé ainsi : *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices.*

- recommandations d'interventions

De son côté, le *Guide explicatif* de la Loi (Office des professions, 2012) vient définir ce qui est entendu par le terme évaluation :

« L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif » (p.28).

En ce qui a trait au psychoéducateur, le Guide explicatif précise son champ d'exercice de la façon suivante :

« L'essentiel de l'intervention psychoéducative repose sur une évaluation des capacités adaptatives de la personne telles qu'elles se manifestent dans son milieu de vie habituel » (p. 19).

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

Cette activité concerne l'enfant qui n'est pas encore admissible à la maternelle, y compris celui de quatre ans qui ne fréquente pas un programme préscolaire. Ainsi, selon l'article 12 du Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire (*Loi sur l'instruction publique*),⁴ sont admissibles à l'éducation préscolaire :

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

À NOTER

L'évaluation des enfants présentant des indices de retards de développement vise également les enfants de moins de 5 ans ou de plus de 5 ans qui fréquentent le milieu scolaire. Lorsqu'elle s'adresse à des enfants scolarisés, cette activité n'est pas réservée aux professionnels visés par la Loi.

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

⁴ Au moment de la publication des présentes Lignes, la nouvelle politique de scolarisation des enfants de 4 ans n'est pas encore introduite dans la Loi sur l'instruction publique.

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

L'évaluation vise les enfants chez qui la présence d'indices de retard de développement a été observée par un parent ou un intervenant. Ces indices de retard peuvent se manifester dans une ou plusieurs sphères de leur développement.

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

Les bonnes pratiques psychoéducatives veulent qu'une évaluation soit entreprise avant de planifier l'intervention. Cette évaluation vise à documenter la problématique et à faire le bilan des difficultés et des capacités adaptatives aussi bien de l'individu que du milieu, et à évaluer la nature, la gravité et les répercussions du problème actuel sur la trajectoire développementale de l'enfant. Les besoins ainsi documentés permettent de mieux cibler les interventions soutenant le développement des capacités adaptatives de l'enfant et de son milieu.

La présente activité d'évaluation se distingue dans sa finalité. Elle vise d'abord à identifier les services de réadaptation ou d'adaptation à offrir, ce qui s'accorde bien avec les compétences du psychoéducateur.

La notion de services de réadaptation et d'adaptation englobe l'ensemble des ressources pouvant être utiles à l'enfant lui-même et à sa famille. Le psychoéducateur inscrit son intervention, entre autres, dans l'accès à ces ressources, par exemple :

- l'orientation vers des services en psychoéducation ;
- l'orientation et l'intégration en service de garde au moyen de la mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration pour enfants handicapés ;
- la demande auprès de la Régie des rentes du Québec (RRQ), par les parents, du supplément pour enfant handicapé ou, au fédéral, de la subvention du même type ;
- la demande auprès du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) d'un soutien à la famille et de stimulation précoce pour l'enfant ;
- la demande de subvention auprès de fondations qui peuvent permettre aux enfants l'accès à des services (répit, camps familiaux, suivi en orthophonie ou ergothérapie, achat de matériel, etc.) ;
- l'orientation vers un partenaire du réseau communautaire pour du soutien à la famille et des interventions en stimulation précoce ;
- l'orientation et, le cas échéant, la référence pour l'obtention de services spécialisés en intervention ou en réadaptation.

Ces services de réadaptation et d'adaptation englobent également la planification et la mise en action d'interventions répondant aux besoins de l'enfant et à ceux de sa famille.

4. Le développement : un processus global et intégré

Pour comprendre le développement de l'enfant, il est d'usage de le présenter sous forme de sphères de développement (ANNEXE 1.). Le nombre de sphères témoignant du développement de l'enfant peut varier selon les appuis scientifiques et les instruments d'évaluation sélectionnés. Ainsi, il peut être question des sphères affectives et sociales, cognitives et langagières, physiques et motrices pour aborder les divers domaines d'acquisition de compétences chez l'enfant (Papalia et Martorell, 2019). Il importe toutefois de rappeler que le développement chez l'enfant est un processus global et intégré où les sphères de développement s'influencent. Ainsi, les acquisitions dans un domaine spécifique peuvent avoir un impact sur d'autres domaines. En fait, ces nouvelles habiletés prennent appui les unes sur les autres pour construire un répertoire comportemental favorisant une meilleure adaptation de l'enfant. De nombreuses recherches ont démontré que la stimulation des différents sens du bébé dès sa naissance influe directement sur le développement de son système nerveux et de son fonctionnement cognitif (Bonnier, 2008 ; Hadders-Algra, 2011). En outre, l'acquisition de nouvelles habiletés motrices aura un effet sur le degré de curiosité et l'engagement dans l'exploration, qui auront à leur tour une incidence sur le développement des habiletés cognitives. L'enfant nourrira ainsi un plus grand sentiment de confiance en lui, ces nouvelles habiletés favorisant la résolution de problèmes et, par le fait même, le développement d'une plus grande tolérance à l'attente et aux frustrations (Papalia et Martorell, 2019).

Au cours des années préscolaires, l'enfant fera l'acquisition d'habiletés socioaffectives, cognitives, langagières et communicationnelles, motrices de même que d'un niveau d'autonomie qui lui seront nécessaires pour amorcer sa scolarisation (Hanvey, 1996 ; Doherty, 1997 ; Ladd, 2006 ; Mckenzie, 2009, ministère de la Famille (MFA), 2014). En voici quelques exemples :

Sphères/exemples d'habiletés	Sociale et affective	Cognitive	Langagière	Motrice	Adaptative
	Expression des émotions	Permanence de l'objet	Interactions de communication	Déplacements	Habillage/déshabillage
	Résolution de conflits	Résolution de problèmes	Production de mots et de phrases	Sauts	Propreté
	Connaissance de soi	Dénombrement et comptage	Compréhension de textes	Habiletés de jeux	Alimentation
	Préhension et manipulation
				...	

➤ Une perspective interactionniste

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

La plupart des développementalistes adoptent cette perspective interactionniste pour expliquer les différences individuelles ou les retards dans l'acquisition d'habiletés. Ils soutiennent que les forces environnementales et la maturation physiologique s'influencent mutuellement. Le développement est vu comme une suite de modifications bidirectionnelles des interactions entre les événements, les personnes et leur environnement (Sameroff, 2010). Dans ce modèle transactionnel, des facteurs (de risque ou de protection) peuvent affecter la trajectoire développementale de l'enfant (Landy et Tam, 1998). Ces facteurs peuvent être d'ordre personnel (ex. : santé de l'enfant, caractéristiques personnelles), familial (ex. : santé mentale des parents, niveau socio-économique) et environnemental (ex. : accès au logement, services de proximité). Par conséquent, l'interaction entre les facteurs de risque personnels, familiaux et environnementaux aurait une incidence sur la qualité du développement de l'enfant⁵ :

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

Quant aux facteurs de protection, ils font appel aux caractéristiques de compétence et englobent les facteurs qui exercent un rôle positif sur l'adaptation. Ils permettent aux individus de résister à des conditions désavantageuses ou du moins d'en atténuer les effets. Ainsi, il est possible de tabler sur le développement des facteurs de protection. L'encouragement à l'autonomie, l'entraînement à la résolution de problèmes, la possibilité de vivre des succès à son niveau, la capacité à demander de l'aide pour répondre à ses besoins, l'accès à des adultes significatifs qui l'acceptent inconditionnellement et un environnement prévisible, chaleureux, mais présentant des limites bien définies sont autant d'éléments pouvant contrer la présence de facteurs de risque ou favoriser le développement des enfants présentant des indices de retard de développement à l'âge préscolaire.

L'approche basée sur les facteurs de risque est avant tout descriptive. Elle n'explique pas comment ces facteurs agissent sur l'apparition et le maintien des retards de développement. La façon dont ces facteurs agissent les uns avec les autres est loin d'être parfaitement comprise. Il est tout de même reconnu que certains facteurs de risque se trouvent augmentés ou réduits selon qu'ils sont combinés à d'autres facteurs de risque ou de protection ou qu'ils touchent un individu plus ou moins vulnérable. En abordant le retard de développement sous l'angle des facteurs de risque, il faut garder à l'esprit que, notamment :

- ces différents facteurs interagissent entre eux. Ils produisent des effets transactionnels complexes et encore mal compris ou en sont le produit ;
- l'influence de ces facteurs dépend du moment où ils agissent ainsi que de la durée de leur présence ;
- leurs effets peuvent être différents selon qu'ils touchent des garçons ou des filles ;
- ces facteurs de risque peuvent s'accumuler ;
- un facteur propre à un stade développemental peut également avoir des répercussions sur les stades subséquents (Dumas, 2012).

⁵ Voir Bigras, Lemay et Tremblay (2012) pour une recension à jour des facteurs de risque selon les sphères de développement.

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

5. Le retard de développement

Selon l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (Simard *et al.*, 2018), en 2017, la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement était de 27,7 % et de 14,2 % dans au moins deux domaines. Qu'il soit considéré comme présentant une vulnérabilité ou un retard de développement, l'enfant est habituellement jugé à risque d'éprouver d'éventuels problèmes pour son adaptation future, notamment dans le milieu scolaire. Il sera donc souvent dirigé vers des ressources spécialisées ou encore vers des programmes de stimulation précoce. Les interventions alors proposées s'inscrivent généralement dans le contexte de la prévention secondaire.

Les définitions suivantes ont pour but d'offrir un langage uniforme ainsi qu'une compréhension commune des concepts de base. Soulignons que les termes *retard de développement* et *retard global de développement* s'utilisent différemment au sein de la littérature scientifique.

➤ Indice de retard de développement

Un écart observé dans la façon d'accomplir une activité qui situerait l'enfant hors des limites considérées normales pour son âge constitue un indice de retard de développement (Office des professions du Québec, 2013).

Les indices de retard de développement chez l'enfant peuvent être documentés par l'observation des comportements de l'enfant par ses proches (famille, éducateurs en milieux de garde) ou encore par des professionnels œuvrant auprès de l'enfant (psychoéducateurs, médecins, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.). La surveillance du développement peut être non structurée, c'est-à-dire qu'elle se base sur des observations occasionnelles. Elle peut aussi être structurée, c'est-à-dire réalisée de façon périodique et à l'aide d'instruments standardisés (Marks et LaRosa, 2012). Soulignons que les indices de retard de développement peuvent toucher un ou plusieurs domaines du développement de l'enfant.

➤ Retard de développement

Bien que la perspective théorique développementale détermine des périodes de développement normatives, elle reconnaît qu'il existe des différences individuelles ou des variations d'âge dans l'acquisition de certaines habiletés (Scarr, 1992). Lorsque le développement des habiletés de l'enfant tarde considérablement, allant au-delà des variations individuelles généralement acceptées, il est question de retard de développement.

L'expression *retard de développement* est employée lorsqu'un enfant ne développe pas ses habiletés selon le délai prévu ou qu'il a un niveau d'acquisition plus lent que la norme (American Academy of Pediatrics [AAP], 2006 ; Marks, Page Glascoe et Macias, 2011). Un retard de développement est considéré comme étant significatif lorsqu'une performance, évaluée au moyen d'un test standardisé et normé en fonction de l'âge, se situe à deux écarts-types ou plus sous la moyenne dans au moins un domaine du développement (Bellman *et al.*, 2013). Très fréquemment, l'identification du niveau de retard est associée à l'éligibilité aux services d'adaptation ou de réadaptation. Ces critères d'éligibilité varient entre 1,5 et 2 écarts-types dans une ou plusieurs sphères du développement.

Les causes des retards de développement sont multiples. Pour la majorité des enfants présentant des retards de développement, aucune cause biologique ne peut être déterminée de façon évidente (MELS, 2011). Le retard de développement peut avoir un caractère permanent ou encore transitoire (Shevell *et al.*, 2003).

➤ Retard global de développement

Afin de témoigner de l'étendue du retard, le terme *retard global de développement* est employé. Initialement, Shevell *et al.*, (2003) définissent le retard global de développement comme un retard significatif dans au moins deux des domaines suivants : motricité globale/fine, langage, cognition, personnel/social et activités de la vie quotidienne. En 2013, l'American Psychiatric Association introduit pour la première fois dans son guide *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) (DSM-5), dans la section des handicaps intellectuels, le diagnostic de retard global de développement :

« ... réservé aux sujets de moins de 5 ans quand le degré de sévérité clinique ne peut être évalué avec certitude pendant la première enfance. Cette catégorie est diagnostiquée quand une personne n'accède pas aux stades attendus de son développement dans plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel, et s'applique aux sujets qui sont incapables de satisfaire aux évaluations systématiques du fonctionnement intellectuel, incluant des enfants qui sont trop jeunes pour subir des tests standardisés. Cette catégorie requiert une réévaluation ultérieure » (p.44).

Conclure à un retard global de développement relève donc de l'évaluation du retard mental (déficience intellectuelle) et constitue une activité réservée aux conseillers d'orientation (sur habilitation de leur Ordre), aux médecins et aux psychologues.

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

Il est important d'amorcer le plus tôt possible le processus d'évaluation de l'enfant dont les comportements préoccupent ses parents et les intervenants en petite enfance, ou de celui qui semble se développer de façon atypique. Le psychoéducateur fait partie des professionnels qui remplissent une fonction essentielle à cet égard.

Étant donné le processus global et intégré du développement chez l'enfant, il est pertinent pour le psychoéducateur d'évaluer toutes les sphères de développement (DEC, 2014 ; Tourette, 2011). Selon les difficultés observées, le psychoéducateur pourrait décider de documenter certaines sphères de développement de façon plus spécifique.

Cette démarche devrait être enclenchée afin d'identifier, de façon précoce, les enfants qui pourraient bénéficier d'une stimulation accrue dans une ou plusieurs sphères de leur développement (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010). Elle devrait aussi permettre de bien documenter les besoins de l'enfant afin d'orienter adéquatement les services (Bagnato, Neisworth, & Pretti-Frontczak, 2010 ; DEC, 2014).

L'évaluation du développement fait partie intégrante de l'évaluation psychoéducative du jeune enfant présentant des indices de retard de développement. Elle a pour finalité de se prononcer sur les capacités adaptatives et les difficultés d'adaptation de l'enfant.

« Une évaluation poursuit une finalité, une destination. La destination de l'évaluation réalisée par le psychoéducateur est le fonctionnement adaptatif. La démarche ou la route empruntée doit demeurer en lien avec cette destination. Plusieurs étapes de l'évaluation témoigneront de cette cohérence entre route et destination [...] La route empruntée pour arriver à destination renvoie à la démarche d'évaluation, au moyen de collecte de données choisis : consultations, entrevues, observations, instruments de mesure. Dans tous les cas, le psychoéducateur doit être en mesure de justifier ses choix en fonction de l'objectif de son évaluation qui est de statuer sur le fonctionnement adaptatif de la personne. S'il fait usage d'un outil qui porte sur des aspects particuliers du développement ou du fonctionnement de la personne, il doit maîtriser suffisamment ces notions pour les intégrer à son analyse clinique » (OPPQ, 2014, p. 26-27).

La démarche d'évaluation réalisée par le psychoéducateur doit témoigner des compétences attendues, telles qu'elles sont précisées par l'Ordre dans *Le référentiel de compétences, format abrégé* (OPPQ, 2018) :

LA CONDUITE D'UN PROCESSUS D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION EN PSYCHOÉDUCATION

Être capable de recueillir les données nécessaires pour cerner les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne, d'une famille, d'un groupe ou d'une organisation ou, encore, pour éclairer toute situation qui requiert une expertise en psychoéducation

Analyser la demande de service et y donner suite

- Examiner la demande de service ou le dossier documentant la demande de service
- Déterminer les suites à donner à la demande et en faire part au client ou à toute personne visée ou, encore, à toute ressource appelée à intervenir auprès de ces derniers

Asseoir la démarche de collecte des données

- Mettre en place les conditions propres à créer un lien de confiance et une alliance collaborative avec le client ou toute personne visée ou, encore, avec toute ressource appelée à intervenir auprès de ces derniers
- Déterminer les données à recueillir, les sources d'information à privilégier et les moyens d'évaluation à utiliser au cours de la collecte des données

Mener à bien la collecte des données

- Planifier la collecte des données
- Procéder à la collecte des données

Dégager un résultat d'évaluation psychoéducative

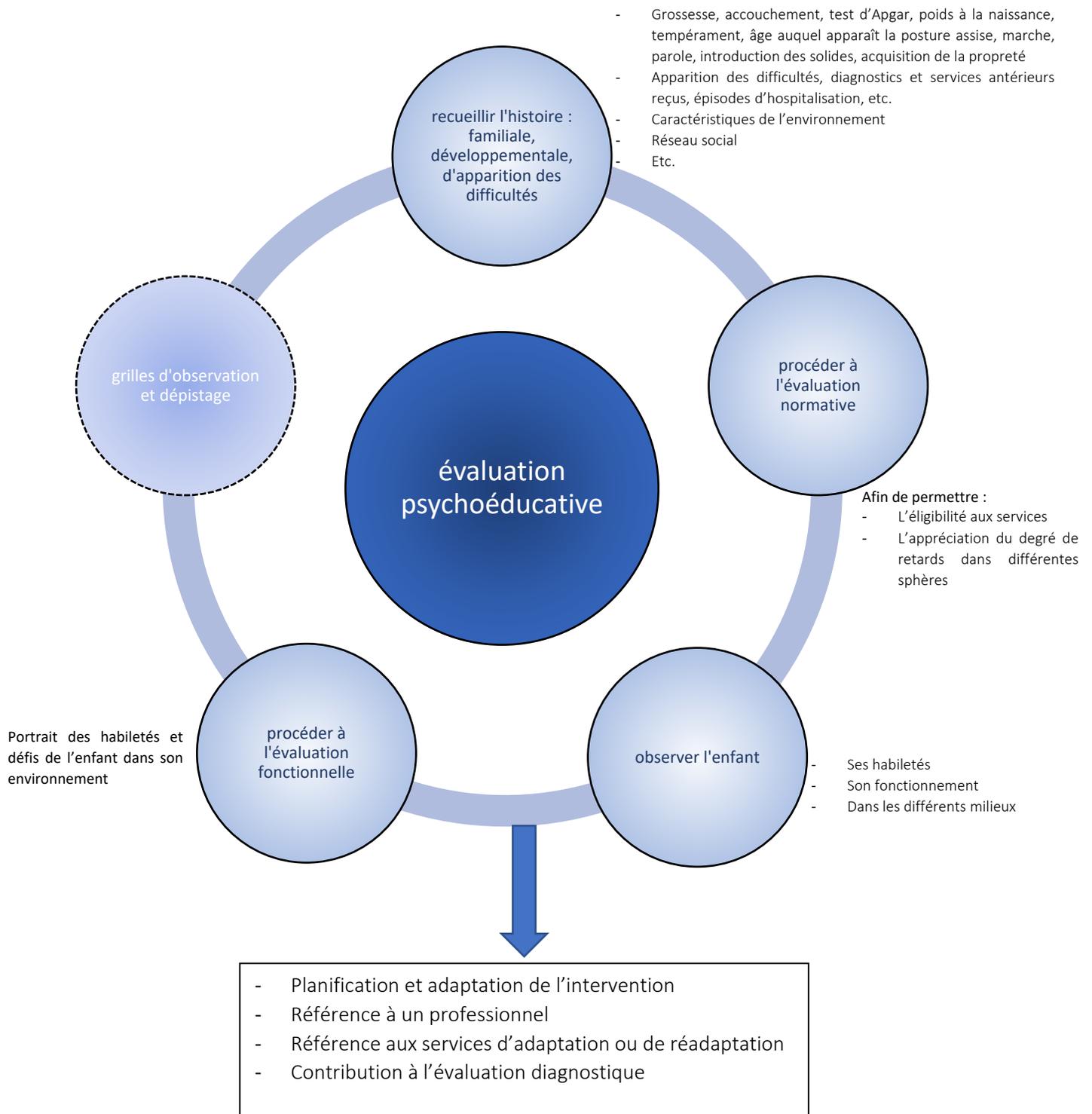
- Analyser et interpréter les données recueillies
- Déterminer les suites appropriées au résultat de l'évaluation
- Informer les personnes concernées du risque que représente un client ou toute personne visée pour la société en général, pour une tierce personne en particulier, pour la psychoéducatrice ou le psychoéducateur ou, encore, pour lui-même ou elle-même

Être capable d'établir et d'exposer un résultat d'évaluation psychoéducative

Rendre compte de l'évaluation psychoéducative

- Préparer le rapport d'évaluation ou l'avis professionnel, ce qui inclut l'énoncé d'une opinion professionnelle et la formulation de recommandations
- Échanger avec le client ou toute personne visée ou, encore, avec toute ressource appelée à intervenir auprès de ces derniers à propos de l'évaluation psychoéducative ou, encore, soumettre les éléments essentiels de l'évaluation et les suites à y donner aux personnes concernées

FIGURE 1 : COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE AUPRES DE L'ENFANT PRÉSENTANT DES INDICES DE RETARD DE DÉVELOPPEMENT



➤ Recueillir de l'information sur l'histoire familiale, le développement de l'enfant et l'apparition des difficultés

Les parents sont des partenaires incontournables lorsqu'il s'agit de documenter le développement de leur enfant. Par les contacts quotidiens avec ce dernier, ils possèdent une somme d'informations précieuse pour une compréhension en profondeur du développement de leur enfant. Leur collaboration sera d'autant plus importante pour obtenir des renseignements utiles servant à étoffer l'anamnèse.

Ces renseignements seront d'ordre individuel, par exemple l'histoire du développement de l'enfant : grossesse, accouchement, indice d'Apgar, poids à la naissance, tempérament, âge auquel apparaît la posture assise, marche, parole, introduction des solides, acquisition de la propreté. Le psychoéducateur prendra soin de bien noter l'apparition des difficultés, les diagnostics et les services antérieurs reçus, les épisodes d'hospitalisation, etc. La collecte de données devrait aussi s'intéresser à l'environnement, aux habiletés parentales, à la structure, à la taille et au climat familial, au réseau social, aux antécédents familiaux connus. Le psychoéducateur tiendra aussi compte du lieu de résidence, du quartier, du réseau d'amis et, le cas échéant, du service de garde fréquenté par l'enfant. En présence d'une famille ayant récemment immigré, il est pertinent de documenter son origine, son statut et son parcours migratoire.

➤ Observer l'enfant dans ses environnements

Afin d'obtenir le portrait le plus juste possible, le psychoéducateur devra observer l'enfant dans ses milieux naturels. Ceci lui permettra de comparer ce qu'il observe du développement de l'enfant avec les impressions de ses parents et des adultes significatifs pour lui. Que ce soit en vécu partagé au sein du milieu familial ou en l'observant à travers diverses activités et routines dans son milieu de garde, il notera le comportement de l'enfant, ses habiletés et son fonctionnement dans des tâches où sa participation est sollicitée.

➤ Deux types d'évaluation complémentaires

Les lignes directrices sur *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation* (2014) rappellent la complémentarité de l'évaluation normative et de l'évaluation fonctionnelle :

« L'évaluation psychoéducative fait appel à deux types de connaissances dans la collecte et l'analyse des données, soit des données concernant la fonction adaptative des comportements problématiques dans l'interaction de la personne avec son environnement ainsi que des renseignements normatifs qui permettent de la situer quant aux acquis et aux déficits liés à son âge et à sa culture » (p.7).

➤ Procéder à l'évaluation normative

Lorsque l'objectif de l'évaluation d'un enfant présentant des indices de retard de développement est de quantifier le degré de retard de ce dernier, l'évaluation normative est utilisée. Celle-ci consiste à soumettre l'enfant à des épreuves standardisées de mesure du développement afin de le comparer à un échantillon représentatif des enfants de son groupe d'âge. L'évaluation normative peut être exigée pour des motifs d'admissibilité aux services, par exemple. Ainsi, certains services demandent que, pour qu'il soit admissible, l'enfant présente un retard de développement significatif.

Parmi ces outils de mesure s'intégrant bien dans le cadre de l'évaluation psychoéducative, on trouve, par exemple :

- Le Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley, 2019);

- Le Behavior Assessment System for Children-3^e édition (Reynolds et Kamphaus, 2015);
- Le Griffiths Mental Development Scales - II (2006) D. Luiz, A. Barnard, N. Knosen, N. Kotras, S. Horrocks, P. McAlinden, D. Challis & R. O'Connell. Analysis manual: D. Luiz, B. Faragher, A. Barnard, N. Knosen, N. Kotras, L.E. Burns & D. Challis;
- Le Mullen Scales of Early Learning (1995).

Il faut noter que peu d'outils d'évaluation standardisés couvrent l'ensemble des aspects du développement. Une solution pour compenser ce problème consiste à recourir à plusieurs outils qui évaluent chacun des domaines particuliers du développement (ANNEXE 2). Ce type d'évaluation donne aussi peu d'informations sur l'environnement et le cheminement développemental de l'enfant (Douville et Bergeron, 2015). De plus, les résultats des évaluations standardisées s'avèrent parfois difficiles à transférer en objectifs d'intervention. C'est dans cette optique que l'importance de la complémentarité, évaluation normative et évaluation fonctionnelle, s'inscrit.

➤ Procéder à l'évaluation fonctionnelle

L'évaluation fonctionnelle critériée permet de mettre en lumière les connaissances et habiletés de l'enfant en interaction avec son environnement physique et humain (Lemire, Poitras et Dionne, 2019). Ce type d'évaluation aussi appelé évaluation authentique a vu le jour en réponse aux lacunes liées à l'utilisation de tests standardisés auprès des jeunes enfants. Les objectifs poursuivis dans le développement de ce genre d'évaluation sont que l'environnement soit pris en compte et que l'évaluation s'intègre à même les activités quotidiennes de l'enfant (Bagnato, McLean, Macy et Neisworth, 2011 ; Cook, 2004 ; de Sam Lazaro, 2017 ; Macy, Bricker et Squires, 2005). Elle se réalise par une cueillette méthodique de données basée sur l'observation des habiletés de l'enfant dans ses activités quotidiennes comme le jeu libre et les routines (Bagnato et Hsiang Yeh, 2006 ; Bagnato et Macy, 2010 ; Meisels, Wen et Beachy-Quick, 2010). Des informations sur les caractéristiques du milieu de vie physique et social pouvant influencer le développement de l'enfant sont également recueillies (Keilty, LaRocco et Casell, 2009). L'évaluation fonctionnelle ou authentique permet de réaliser le bilan des habiletés acquises et en voie de l'être à un moment donné du développement et de le situer par rapport à des standards établis par des experts. En somme, l'évaluation fonctionnelle ou authentique produit des informations utiles pour planifier et mettre en œuvre l'intervention (Renaud, 2014 ; Bégin, Massé, Couture et Villeneuve, 2018).

Différents instruments d'évaluation fonctionnelle existent en intervention précoce, dont l'*Assessment, Evaluation, Programming, System for infants and Children, Second Edition* (AEPS®) (Bricker, 2002) et sa traduction et adaptation en français, le *Programme EIS Évaluation Intervention Suivi* (EIS) (EIS : Bricker, 2006).

➤ Grilles d'observation et dépistage

Par ailleurs, qu'elles soient utilisées en amont de l'évaluation ou en complément de la collecte de données, différentes grilles d'observation sont utiles pour noter les acquis de l'enfant. Elles peuvent être complétées par plusieurs informateurs ainsi que dans divers contextes, tels que le milieu familial ou le service de garde. L'observation s'étend parfois sur plusieurs jours, voire quelques semaines. Ce contexte particulier de passation permet une exploration en profondeur des aspects du développement de l'enfant et une bonne validité écologique.

On trouve parmi ces grilles d'observation, par exemple :

- la *Grille Ballon* (Bernier, 2010) ;
- la grille *À petits pas* (CASIOPE, 2016);
- l'*Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans* (Brigance, 1997).

À NOTER

Bien que le Brigance soit très utilisé dans les milieux, la psychoéducatrice ou le psychoéducateur en usera avec prudence quant aux conclusions à en tirer, car, la dernière édition datant de 1997, la validité de l'instrument pourrait être compromise.

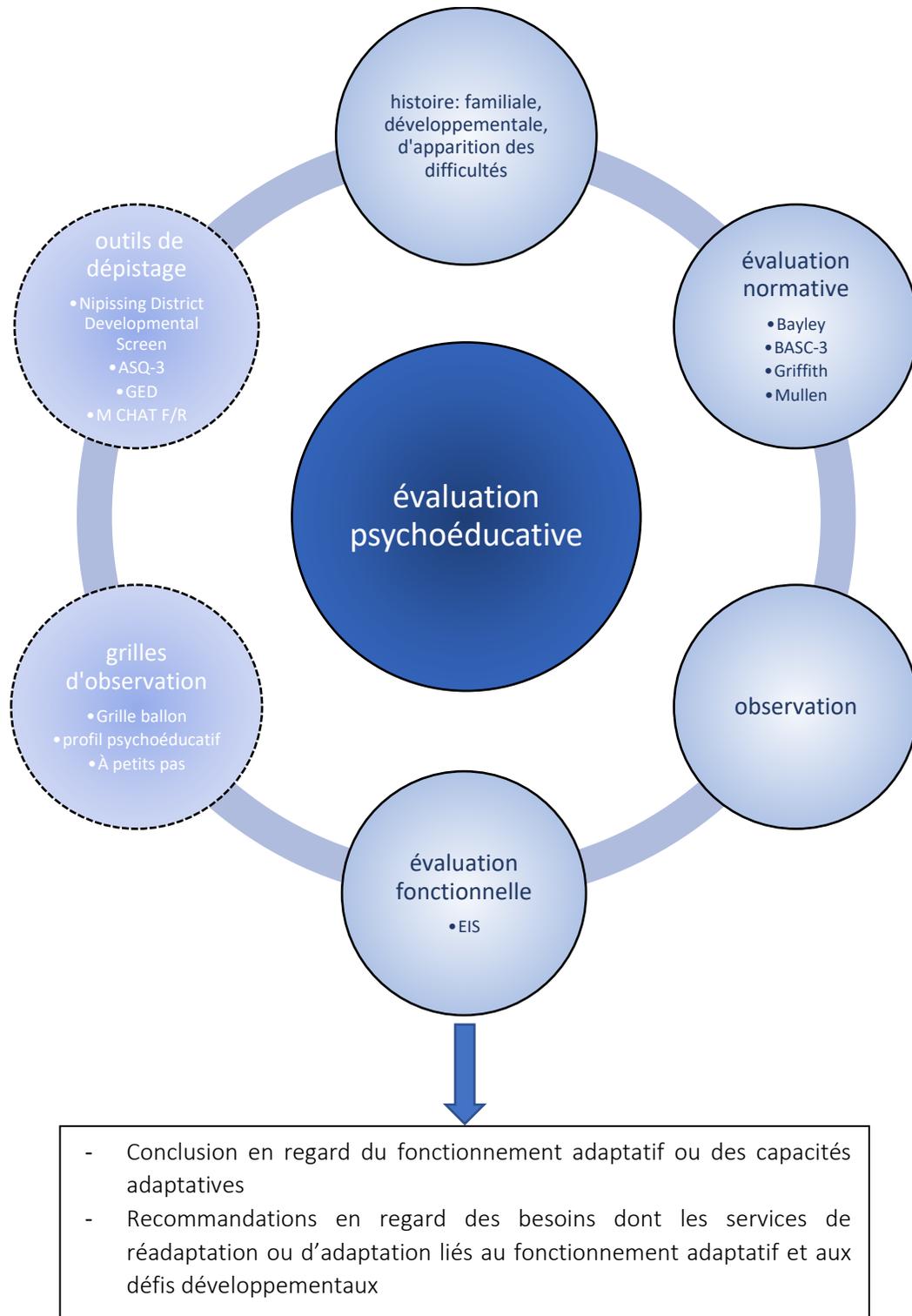
L'usage d'outils de dépistage des retards de développement est également une pratique fréquente et utile. Ces outils permettent de distinguer les enfants qui se développent selon les standards attendus de ceux qui manifestent les signes d'un possible retard de développement. Habituellement, les résultats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

On trouve parmi ces outils, par exemple :

- le questionnaire de dépistage du district de Nipissing (Nipissing District Developmental Screen, 2002) ;
- les questionnaires sur les étapes du développement (ASQ-3, Squires et al., 2016) ;
- la grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED, Pomerleau et al., 2014) ;
- l'outil de dépistage précoce de l'autisme M CHAT F/R (Checklist for Autism in Toddlers, Baron-Cohen *et al.*, 2009) ;
- le questionnaire de communication sociale (SCQ, Rutter, Bailey et Lord, 2003).

En résumé, les deux types d'évaluations doivent être mis à contribution, soit l'évaluation fonctionnelle critériée et l'évaluation normative. Précisons que les outils permettant d'obtenir un portrait précis et détaillé des forces et des faiblesses de l'enfant dans une ou plusieurs sphères de son développement, selon le motif d'évaluation, doivent présenter des qualités psychométriques avérées. En effet, utiliser des outils d'évaluation implique de choisir du matériel approprié à l'âge, au niveau développemental de l'enfant et ayant une bonne sensibilité afin d'apprécier les gains développementaux (Bagnato, Neisworth, & Pretti-Frontczak, 2010 ; DEC, 2014 ; Raver & Chlidress, 2015 ; Tourette, 2011). Le matériel doit aussi tenir compte des caractéristiques culturelles, langagières, sensorielles, etc. de l'enfant et de sa famille et proposer des règles d'administration qui permettent l'utilisation de matériel adapté ou la modification des stratégies d'évaluation (Bagnato, Neisworth, & Pretti-Frontczak, 2010 ; DEC, 2014 ; Raver & Chlidress, 2015 ; Tourette, 2011).

FIGURE 2 : COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE ET OUTILS UTILISÉS AUPRES D'ENFANTS PRÉSENTANT DES INDICES DE RETARD DE DÉVELOPPEMENT



7. Considérations éthiques et cliniques

➤ La compétence du psychoéducateur

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

Des normes existent, visant à garantir la rigueur du processus d'évaluation normative à toutes ses étapes : sélection de l'instrument de mesure, passation, correction et interprétation. Le psychoéducateur devrait se référer à l'ouvrage *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation (2003)*, adopté par l'Ordre comme référence officielle en la matière, ainsi qu'aux *Lignes directrices sur l'utilisation des instruments de mesure (2013)* de l'OPPQ.

➤ La collaboration parentale

Avant d'entreprendre toute démarche d'évaluation, le consentement des deux parents doit être obtenu. Il importe de les impliquer, au tout début, dans le choix du processus d'évaluation (DEC, 2014). Ils seront en mesure de consentir de façon libre et éclairée lorsqu'ils auront obtenu tous les renseignements nécessaires pour comprendre la portée de cette évaluation. Certaines inquiétudes des parents sont normales et doivent être considérées par le psychoéducateur. Lorsqu'un milieu ou un parent perçoit chez son enfant des indices de retard de développement l'amenant à entreprendre une démarche auprès d'un professionnel, ce dernier doit garder en tête que la consultation peut avoir des conséquences importantes.

La réalité singulière du ou des parents de l'enfant doit être considérée (famille monoparentale, parents provenant d'autres communautés culturelles, contextes familiaux). Le psychoéducateur devra alors faire preuve de discernement, démontrer une grande habileté d'écoute et une sensibilité à leur situation spécifique. Son soutien sera rassurant sans pour autant minimiser les faits ou leur donner plus d'importance. En outre, le psychoéducateur évitera de prendre un ton alarmiste ou d'émettre des hypothèses pouvant créer un stress supplémentaire, voire une grande détresse chez le parent déjà inquiet par la démarche en cours.

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

Dans ces situations, le psychoéducateur offrira plus que le soutien nécessaire. Il prendra soin de valoriser les habiletés parentales observées et soulignera l'importance que joue le parent dans le développement de son enfant. Il prendra le temps d'expliquer les démarches, les étapes à venir et de faire des recommandations sur ce qui peut être mis en œuvre par les parents avec leur enfant dans l'attente d'une prise en charge par un autre professionnel ou par un service particulier. Il prendra également le temps de bien leur expliquer le rapport (sa teneur, le vocabulaire, les orientations, les enjeux).

➤ La diversification des sources d'information et des outils d'évaluation

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

➤ L'interprétation clinique

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

➤ La portée de l'évaluation et ses limites

Le retard de développement n'est pas un « trouble » au sens généralement attendu d'un ouvrage de référence comme le DSM-5, contrairement au retard global de développement (voir la section 5 du présent document). Par conséquent, la démarche d'évaluation ne vise pas ici à émettre un diagnostic⁶, mais son résultat peut permettre de contribuer à celui-ci (voir l'encadré sur l'appréciation du retard global de développement ci-après).

Qu'elle soit réservée (s'adressant aux enfants d'âge préscolaire) ou non (s'adressant aux enfants scolarisés), cette activité comporte certaines caractéristiques qui lui sont propres. Notamment, l'évaluation de l'enfant qui présente des indices de retard de développement a pour but :

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

⁶ En vertu de la loi médicale, le diagnostic est réservé au médecin et à l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) selon sa classe de spécialité.

L'APPRECIATION DU RETARD GLOBAL DE DEVELOPPEMENT PAR LE PSYCHOEDUCATEUR

Le psychoéducateur évalue les capacités adaptatives et les difficultés d'adaptation de la personne. C'est là son champ d'exercice et son objet d'évaluation. Au cours de son évaluation auprès d'un jeune enfant, il peut relever des manifestations d'un retard de développement dans plus d'une sphère du développement. En plus de les observer, il a pu en prendre une mesure fonctionnelle, en utilisant un outil d'évaluation fonctionnelle, et une mesure normative en utilisant des instruments de mesure standardisés (voir la section 6).

La mesure des manifestations du développement dans plus d'une sphère est légitimée par le fait qu'elle permettra d'ouvrir une piste pour mieux comprendre le fonctionnement adaptatif de cet enfant. Cette piste sera approfondie par un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux. Dans ce sens, le psychoéducateur réalise une appréciation du trouble mental qu'est le retard global de développement.

Le rapport d'évaluation psychoéducative, en plus de statuer sur le fonctionnement adaptatif de l'enfant en lien avec son environnement, fera état de cette appréciation en la formulant de l'une ou l'autre des façons suivantes :

L'enfant évalué présente des manifestations de retards de développement dans plus d'une sphère, celles-ci correspondant au retard global de développement. Pour conclure à ce diagnostic, une évaluation réalisée par un médecin ou un psychologue sera nécessaire.

Au terme de la démarche d'évaluation psychoéducative, et m'appuyant sur mes observations, mes impressions cliniques m'amènent à soulever une hypothèse de retard global de développement qui devra être investiguée davantage par un professionnel habilité.

L'évaluation psychoéducative de Y nous amène à constater la présence de manifestations qui peuvent être liées à un retard global de développement. Par conséquent, nous recommandons que Y soit évalué par un professionnel habilité afin que l'on puisse conclure à la présence d'un tel trouble, si cela s'avère fondé, et ainsi adapter l'intervention ou les services.

Il importe que la formulation choisie ne laisse pas croire que le psychoéducateur avance un diagnostic de trouble mental.

Lorsqu'il communique les résultats de son évaluation, le psychoéducateur réitère la finalité annoncée au départ, soit de documenter le fonctionnement adaptatif. La communication des résultats de cette évaluation reflétera le contexte et la démarche effectuée, de même qu'elle identifiera le mandat dans lequel elle s'inscrit.

« La destination est souvent annoncée, dès le départ, par le titre du rapport qui sera produit : évaluation des capacités adaptatives, évaluation psychoéducative, évaluation du fonctionnement adaptatif. Elle est reprise au terme du rapport alors que le psychoéducateur conclut en statuant sur le fonctionnement adaptatif de la personne en lien avec son environnement. » (OPPQ, 2014, p. 26)

Aussi, le psychoéducateur, lorsqu'il rédige un rapport d'évaluation psychoéducative effectuée auprès d'un enfant présentant des indices de retard de développement, s'assurera qu'il témoigne de la cohérence de sa démarche. « Une transmission claire de la portée de son évaluation et des suites à y donner, s'il y a lieu, fait partie de ses responsabilités » (OPPQ, 2014, p. 27).

➤ La contribution particulière du psychoéducateur

Le psychoéducateur a une expertise reconnue auprès des personnes qui présentent des difficultés d'adaptation. Ses observations du comportement, réalisées en utilisant le vécu éducatif partagé et l'observation participante, fournissent de précieuses indications sur les capacités et les difficultés d'adaptation des personnes. Sa formation universitaire en fait un professionnel compétent pour intervenir directement auprès des individus et pour réaliser des évaluations plus complexes nécessitant l'usage d'instruments standardisés et spécialisés. La diversité de ses démarches et sa grande polyvalence sont des qualités recherchées.

Étant donné la richesse de son évaluation, le psychoéducateur aura pris soin de partager, en accord avec la famille, les informations recueillies pour favoriser la mise en place d'interventions. L'intervention du psychoéducateur sera animée du souci d'offrir le meilleur soutien à l'enfant et à sa famille, et ce, dans les meilleurs délais, étant donné le jeune âge de l'enfant et le préjudice possible. Le cas échéant, il prendra soin de diriger l'enfant vers des services d'évaluation ou d'intervention spécifiques selon le besoin éprouvé.

ANNEXE 1. Le développement de l'enfant : état des connaissances

Un développement, plusieurs sphères

Le développement de l'enfant est un processus global et intégré qui fait appel à plusieurs dimensions de manière simultanée. Ces dimensions ou sphères se développent à des degrés divers, selon les apprentissages de l'enfant et les activités auxquelles il s'adonne (Bouchard et Fréchette, 2009 ; Grenier et Leduc, 2008 ; ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], 2017 ; Papalia et Martorell, 2018).

- Les sphères affective et sociale

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

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

- La sphère cognitive

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

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

- La sphère langagière et communicationnelle

L'acquisition de la conscience phonologique et du langage représente un apprentissage fondamental de la petite enfance. L'enfant passera graduellement de la communication non verbale aux mots isolés, jusqu'à la capacité de créer des énoncés de plus en plus complexes. Aussi bien les aspects réceptifs qu'expressifs seront appelés à évoluer : l'évocation lexicale, la compréhension des consignes, la reconnaissance des mots, etc.

Selon son âge, il produira des cris et des gestes en réponse aux stimulations et discriminera les contrastes entre les groupes de sons. Plus tard, il devrait pouvoir suivre et entretenir une conversation, s'amuser à des jeux de langage, exprimer des demandes et des justifications avec un vocabulaire varié. Il devrait être en mesure de reproduire la majorité des sons et être compris par un étranger.

- La sphère physique, sensorielle et motrice

Cette sphère regroupe les besoins physiologiques, physiques, sensoriels et moteurs de l'enfant. Elle comprend notamment les habiletés motrices (locomotion, agilité, endurance, réflexes, équilibre, latéralité) qui incluent la

motricité globale (lever la tête, se tourner, s'asseoir, ramper, marcher, courir, grimper, etc.) et la motricité fine (la coordination motrice bilatérale, la préhension, la manipulation, le dessin, le découpage, la préécriture, etc.). Elle comprend également le développement des cinq sens, lesquels ont un impact important aux plans vestibulaire, proprioceptif, de l'intégration sensorielle, de l'hyper et hyposensibilité, etc.

- La sphère de l'autonomie adaptative

Cette dernière sphère de développement se rapporte à la capacité qu'a l'enfant de répondre à ses besoins par lui-même, comme assurer son hygiène personnelle, s'habiller et s'alimenter. Ainsi, à certaines étapes, il peut être observé que le désir de faire par lui-même est souvent frustré par sa capacité réelle à faire les choses souhaitées.

ANNEXE 2. Outils d'évaluation des différentes sphères du développement de l'enfant

Le tableau suivant propose une liste non exhaustive d'instruments de mesure utiles à l'évaluation des enfants présentant des indices de retard de développement lorsque les difficultés observées nécessitent la documentation de certaines sphères de développement de façon plus spécifique.

Afin de garantir la rigueur du processus d'évaluation normative, le psychoéducateur devrait se référer à l'ouvrage *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation* (2003) ainsi qu'aux Lignes directrices sur *L'utilisation des instruments de mesure* (2013) de l'OPPQ. De plus, il est invité à tenir à jour ses connaissances en matière d'outils d'évaluation en consultant diverses sources dont le répertoire d'instruments de mesure disponible dans le site de l'Ordre.

Outils d'évaluation	Langue Français F Anglais A	Affective et sociale	Cognitive	Langage et communication	Physique, motrice et sensorielle	Autonomie adaptative
ABAS-II (Harrison et Oakland, 2006) (Système d'évaluation du comportement adaptatif- 2 ^e édition)	F		✓	✓	✓	✓
BASC-3 (Reynolds et Kamphaus, 2015)	F	✓	✓	✓		✓
BDI-2 (Newborg, 2004)	A	✓	✓	✓	✓	✓

Outils d'évaluation	Langue Français F Anglais A	Affective et sociale	Cognitive	Langage et communication	Physique, motrice et sensorielle	Autonomie adaptative
Bayley-4 (Bayley, 2019)	A	✓	✓	✓	✓	✓
Boehm-3 (Boehm, 2009)	F		✓			
ESEJE (Bracha <i>et al.</i> , 2007)	F	✓				✓
EVIP (Dunn <i>et al.</i> 1993)	F			✓		
Matrices progressives de Raven (Raven, 2005)	F		✓			
PSA (Lafrenière <i>et al.</i> , 1997)	F	✓				✓

Outils d'évaluation	Langue Français F Anglais A	Affective et sociale	Cognitive	Langage et communication	Physique, motrice et sensorielle	Autonomie adaptative
PDMS-2 (Folio et Fewell, 2000)	A				✓	
PPVT-5 (Dunn, 2018)	A			✓		
Vineland-3 (Sparrow <i>et al.</i> , 2016)	A	✓		✓	✓	✓

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association – DSM-5. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (5e éd.) (M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., trad.). Paris : Elsevier Masson.
- American Psychological Association. (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*. Traduction française par G. Sarrazin. Montréal, Canada : Institut de recherches psychologiques.
- American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405-420.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- Bagnato, S. et Hsiang Yeh, H. (2006). High stakes testing with preschool children: Violation of professional standards for evidence-based practice in early childhood intervention. *KEDI Journal of Educational Policy*, 3(1), 23-43.
- Bagnato, S. J. et Macy, M. (2010). Authentic assessment in action: A “REAL” solution. *NHSA dialog*, 13(1), 42-45.
- Bagnato, S. J., McLean, M., Macy, M. et Neisworth, J. T. (2011). Identifying instructional targets for early childhood via authentic assessment: Alignment of professional standards and practice-based evidence. *Journal of Early Intervention*, 33(4), 243-253.
- Bagnato, S. J., Neisworth, J. T. et Pretti-Frontczak, K. (2010). *LINKing authentic assessment and early childhood intervention: Best measures for best practice* (2^e éd.). Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E. et Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500-509.
- Bayley, N. (2019). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development™* (4^e éd.). Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Bégin, J. Y., Massé, L., Couture, C. et Villeneuve, M. (2018). Portrait de la pratique évaluative des troubles du comportement des psychoéducateurs dans les écoles primaires au Québec. *Revue de psychoéducation*, 47(1), 53-85.
- Bellman, M., Byrne, O. et Sege, R. (2013). Developmental assessment of children. *British Medical Journal*, 346, 1-9. doi: 10.1136/bmj.e8687.
- Bernier, N. (2010). *Grille d'observation du développement de l'enfant : grille ballon : pour orienter les stratégies d'intervention afin de favoriser le développement de l'enfant*. Québec, QC : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

- Bigras, N., Lemay, L. et Tremblay, M. (2012). *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants : état des connaissances*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Boehm, A. E. (2009). *Boehm 3 maternelle : Test des concepts de base de Boehm*. Paris, France : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Pædiatrica*, 97, 853-858.
- Bouchard, C. et Fréchette, N. (2009). *Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Bracha, Z., Gérardin, P., Perez-Diaz, F., Perriot, Y., de La Rocque, F., Flament, ..., Carter, A.S. (2007). Évaluation sociale et émotionnelle des jeunes enfants (ESEJE). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 194-203.
- Bricker, D. D. (2002). *Assessment, evaluation, and programming system for infants and children (AEPS®), Administration guide* (2^e éd., Vol. 1). Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Bricker, D. D. (2006). *Programme d'évaluation, d'intervention et de suivi. Tome I : guide d'utilisation et tests : 0 à 6 ans*. Traduction et adaptation auprès d'une clientèle québécoise sous la direction de C. Dionne en collaboration avec C.-A. Tavarès et C. Rivest. Montréal, QC : Chenelière McGraw Hill.
- Brigance, A. H. (1997). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans*. (3^e éd.). Ontario, ON : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.
- CASIOPE. (2016). *À petits pas. Grilles de référence du développement de la naissance à 5 ans*. CASIOPE : Montréal.
- Cook, R. J. (2004). Embedding assessment of young children into routines of inclusive settings: A Systematic planning approach. *Young Exceptional Children*, 7(3), 2-11. doi: 10.1177/109625060400700301.
- Division for Early Childhood [DEC]. (2014). DEC Recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014. Repéré à <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>.
- de Sam Lazaro, S. L. (2017). The importance of authentic assessments in eligibility determination for infants and toddlers. *Journal of Early Intervention*, 39(2), 88-105.
- Doherty, G. (1997). *De la conception à six ans : les fondements de la préparation à l'école*. Hull, Qc : Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
- Douville, L. et Bergeron, G. (2015). *L'évaluation psychoéducative : l'analyse du potentiel adaptatif de la personne*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Dumas, J. E. (2012). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles, BE : De Boeck.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M. et Thériault-Whalen, C. M. (1993). *Échelle de vocabulaire en images Peabody*. Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.

- Dunn, D. M. (2018). *Peabody Picture Vocabulary Test* (5^e éd.). Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Folio, M. R. et Fewell, R. R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales* (5^e éd.). Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Grenier, D. et Leduc, D. (2008). *Le bien-être des enfants : un guide sur la santé en milieu de garde. Société canadienne de pédiatrie* (2e éd.). Ottawa, ON : Société Canadienne de Pédiatrie.
- Griffiths, R. (2006). *Griffiths Mental Development Scales: Extended Revised* (GMDS 2-8). Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Hadders-Algra, M. (2011). Challenges and limitations in early intervention. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53(4), 52-55.
- Hanvey, L. (1996). *Le progrès des enfants au Canada 1996*. Conseil canadien de développement social, n° 523.
- Harrison, P. L. et Oakland T. (2006). *Adaptive Behavior Assessment System* (2^e éd.). Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec, QC : Direction du développement des individus et des communautés.
- Keilty, B., LaRocco, D. J. et Casell, F. B. (2009). Early interventionists' reports of authentic assessment methods through focus group research. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(4), 244-256.
- Ladd, G. W., Herald, S. L. et Kochel, K. P. (2006). School readiness: Are there social prerequisites? *Early education and development*, 17(1), 115-150.
- Lafrenière, P. J., Dumas, J. E., Capuano, F. et Durning, P. (1997). *Profil socio-affectif (PSA)*. Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Landy, S. et Tam K. K. (1998). *Comprendre l'incidence de facteurs de risques multiples sur le développement de l'enfant à divers âges*. Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada.
- Lemay, L. et Coutu, S. (2012). Les difficultés comportementales des enfants de 0 à 5 ans en service de garde. Dans N. Bigras, L. Lemay et M. Tremblay (dir.) *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants : état des connaissances*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Lemire, C., Poitras, M. et Dionne, C. (2019). Évaluation authentique en intervention précoce et importance de la complémentarité entre l'évaluation fonctionnelle et normative en psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 69-88.
- Macy, M. G., Bricker, D. D. et Squires, J. K. (2005). Validity and reliability of a curriculum-based assessment approach to determine eligibility for part C services. *Journal of Early Intervention*, 28(1), 1-16. doi: 10.1177/

- Marks, K. et LaRosa, A. (2012) Understanding developmental behavioral screening measures. *Pediatrics in Review*, 33(10) 448-458.doi: 10.1542/pir.33-10-448.
- Marks, K. P., Page Glascoe, F. et Macias, M. M. (2011). Enhancing the algorithm for developmental-behavioral surveillance and screening in children 0 to 5 years. *Clinical Pediatrics*, 50(9), 853-868.
- Meisels, S. J., Wen, X. et Beachy-Quick, K. (2010). Authentic assessment for infants and toddlers: Exploring the reliability and validity of the Ounce Scale. *Applied Developmental Science*, 14(2), 55-71.
- Ministère de la Famille (MFA), (2014). *Cadre de référence pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatif à l'enfance*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/guide_gazelle_potiron.pdf.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2011). *Pistes d'intervention pour les enfants présentant un retard global de développement : Éducation préscolaire-enseignement primaire*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- McKenzie, M. (2009). Scholarship as intervention : Critique, collaboration and the research imagination. *Environmental Education Research*, 15, 217-226.
- Mullen, E.M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*, AGS Edition. American Guidance Service, Toronto : Pearson PsyCorp.
- Newborg, J. (2004). *Battelle Developmental Inventory* (2^e éd.). Rolling Meadows, Ill.: Riverside Publishing.
- Nipissing District Developmental Screen. (2002). *Questionnaires et activités pour votre bébé : 1 à 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 30 mois, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans*. Ontario, ON : Nipissing District Developmental Screen.
- Office des professions du Québec. (2013). *Guide explicatif, projet de loi 21*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec. (2011). *Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse : Guide de pratique*. Québec, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec. (2013). *L'utilisation des instruments de mesure : Lignes directrices*. Québec, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation : Lignes directrices*. Montréal, QC : Auteur.
- Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec. (2018). *Le référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur. Version abrégée*. Québec, QC : Auteur.
- Papalia, D. E. et Martorell, G. (2019). *Psychologie du développement de l'enfant* (9^e éd.). Montréal, QC : Chenelière McGraw Hill.

- Pomerleau, A., Vézina, N., Moreau, J., Malcuit, G. et Séguin, R. (2014). *Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED)* (2^e éd.). Montréal, Qc : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).
- Raven, J. (2005). *Progressive Matrices de Raven (PM)*. Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Raver, A. R. et Chlidress, D. C. (2015). *Family-Centered Early Intervention: Supporting Infants and Toddlers in Natural Environment*. Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire. Chapitre I-13.3, r. 8, Mise à jour 1^{er} novembre 2019. Repéré à <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/I-13.3,%20R.%208.pdf>.
- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior assessment system for children* (3^e éd.). Bloomington, Ind.: NCS Pearson, Inc.
- Rutter, M., Bailey, A. et Lord, C. (2003). *SCQ : The Social Communication Questionnaire*. Torrance, CA : Western Psychological Services.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22.
- Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: Development and individual differences. *Child development*, 63(1), 1-19.
- Shevell, M. I., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., ... Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60(3), 367-380.
- Simard, M., A. Lavoie et N. Audet (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. et Saulnier C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales*, (3^e éd.). Toronto, ON : PsychCorp, Pearson.
- Squires, J. et Bricker, D. (2016). *Questionnaire sur les étapes du développement* (3^e éd.). (C. Dionne, trad.) Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Co. (ouvrage original publié en 1999 *Ages and stages questionnaires*, Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Co.)
- Tourette, C. (2011). *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement : Déficiences motrices, sensorielles ou mentales : Troubles autistiques et troubles des apprentissages*. Paris, France : Dunod.



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Une présence qui fait la différence

510-1600, boul. Henri-Bourassa Ouest
Montréal (Québec) H3M 3E2
Téléphone : 514 333-6601 ou 1 877 913-6601
Télécopieur : 514 333-7502
Courriel : info@ordrepsed.qc.ca - Site Web : www.ordrepsed.qc.ca