

L'ÉVALUATION DÉVELOPPEMENTALE ET COGNITIVE DE L'ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE^{1, 2}

PRESCHOOL DEVELOPMENTAL AND COGNITIVE ASSESSMENT TOOLS IN A PSYCHIATRIC SETTING

Marie-Julie Béliveau³
Hôpital Rivière-des-Prairies

Nicole Smolla
Hôpital Rivière-des-Prairies

Chantale Breault
Hôpital Rivière-des-Prairies

Alain Lévesque
Hôpital Rivière-des-Prairies

Les pathologies présentées précocement par les très jeunes enfants font l'objet d'une reconnaissance grandissante (Carter, 2010). Ceux-ci présentent alors une constellation de difficultés touchant l'ensemble de leur fonctionnement et l'évaluation développementale constitue une partie centrale de l'évaluation psychiatrique (Bolton, 2001), qui devrait être multidisciplinaire (Cohen *et al.*, 2004). En effet, la coexistence de troubles dont les symptômes se chevauchent serait plutôt la règle que l'exception et doit orienter une offre de services cliniques conséquente (Gillberg, 2010). La psychiatrie de l'enfant se distingue aussi par la nécessité de comprendre l'impact des processus développementaux sur le fonctionnement mental (Dossetor, Santhanam, Rhodes, Holland, & Nunn, 2005).

Bien que les difficultés développementales de l'enfant soient fréquemment le moteur de la demande (Horwitz, Gary, Briggs-Gowan, & Carter, 2003), que 71 % des enfants ayant des problèmes psychiatriques présentent également un déficit langagier (Benner, Ron Nelson, & Epstein, 2002), et que 40-90 % des enfants en trouble langagier souffrent aussi de difficultés motrices (Hill, 2001), celles-ci sont souvent peu documentées en consultation psychiatrique (Cairney, Veldhuizen, & Szatmari, 2010; Cohen, Menna, Vallance, Barwick, Im, & Horodezky, 1998). Ce peu de considération concernant ces aspects est également observable par

1. Une partie des informations contenues dans ce manuscrit a été présentée lors du 4^e Symposium canadien Cochrane à Montréal, le 2 décembre 2005.
2. Le financement provient du Programme de pédopsychiatrie et de la Direction de la recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Nous remercions Julie Bélanger, Nathalie Valois, Chantal Robidoux, Emmanuelle Cloutier, Claude Berthiaume, Véronique Martin et tous les professionnels ayant gracieusement accepté de participer au sondage. Nous adressons un remerciement spécial à Claude Bergeron et Alyia Mubarak pour leur contribution à compléter les données des tableaux et dresser la liste des références. Enfin, nous remercions Lucie Thibault et Roger Godbout pour leur soutien envers ce travail.
3. Adresse de correspondance : Clinique psychiatrique de la petite enfance, Hôpital Rivière-des-Prairies, 7070, boul. Perras, Montréal (QC), H1E 1A4. Téléphone : 514 323-7260, poste 4556. Courriel : marie.julie.beliveau.hrdp@ssss.gouv.qc.ca

l'absence de données concernant la prévalence des troubles de développement parmi les études épidémiologiques psychiatriques préscolaires, même lorsque les difficultés langagières sont reconnues comme un facteur de risque important (Carter, Wagmiller, Gray, McCarthy, Horwitz, & Briggs-Gowan, 2010). Pourtant, l'identification des difficultés de développement chez les enfants de moins de six ans, lorsque leur plus grande plasticité cérébrale offre de meilleures possibilités de réponse aux interventions, est primordiale (Thomas & Karmiloff-Smith, 2002).

Il faut dire que l'évaluation des très jeunes enfants comporte plusieurs défis, dont la difficulté d'obtenir leur collaboration et les limites d'âge des épreuves disponibles (Mäntynen, Poikkeus, Ahonen, Aro, & Korkman, 2001; Moran-Finello, 2011). De plus, les outils d'évaluation à la portée du clinicien sont en constante évolution et il peut s'avérer difficile de maintenir à jour les connaissances en ce domaine (Sparrow & Davis, 2000).

Comparativement à l'évaluation systématique de la qualité des interventions, l'intérêt concernant les procédures d'évaluation est plus récent (Cohen, La Greca, Blount, Kazake, Grayson, & Kathleen, 2008). Ce décalage résulterait de plusieurs facteurs, dont une croyance inébranlable des cliniciens en la valeur de leurs méthodes habituelles d'évaluation (Mash & Hunsley, 2005). De plus, les outils ne seraient pas nécessairement sélectionnés en fonction des résultats scientifiques (Cohen *et al.*, 2008). À titre d'exemple, une enquête sur les pratiques cliniques d'ergothérapeutes australiens a mené à la conclusion que la pratique courante est peu basée sur les connaissances scientifiques (Kadar, McDonald, & Lentin, 2012). Ainsi, des pratiques d'évaluation peuvent être maintenues sans mise à jour régulière. À cela s'ajoutent, chez les francophones du Québec, les limites en lien avec la langue, car la majorité des outils sont conçus en anglais. Des tests développés et validés en France sont également disponibles, mais ils ne sont pas exempts des limites découlant des différences culturelles.

Conscients de cette situation, les cliniciens de la Clinique psychiatrique de la petite enfance (CPPE) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) ont souhaité s'assurer que leur démarche évaluative corresponde aux meilleurs standards possibles. Un premier survol des lignes directrices disponibles (Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, 2004; Collège des médecins du Québec, 2001) a permis de constater qu'aucune recommandation précise concernant la sélection des outils d'évaluation n'était émise. De plus, les agences québécoise et canadienne d'évaluation des technologies de la santé (au Québec maintenant nommé *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*) n'offrent aucune documentation sur ce sujet.

Il fut donc décidé à la CPPE, avec l'appui de l'administration, d'entreprendre une recension des mesures afin de composer un répertoire pouvant être mis à la disposition de ses cliniciens. Ce répertoire devait comprendre les outils publiés en français ou en anglais permettant d'évaluer le développement d'enfants de moins de six ans pour 1) le développement global, 2) la cognition, 3) le langage, 4) la motricité, la perception et l'intégration sensorielle et 5) l'adaptation, et qu'il soit le plus exhaustif possible, tout en excluant les outils de dépistage. Lorsque ce répertoire fut constitué, les cliniciens de la CPPE ont souhaité consulter leurs collègues œuvrant dans d'autres établissements auprès d'une clientèle préscolaire susceptible d'être similaire. Cette démarche visait principalement à identifier quels outils du répertoire étaient les plus connus et les plus recommandés par ces collègues, afin que les cliniciens de la CPPE se fassent une meilleure idée des pratiques évaluatives actuelles et puissent s'adresser, au besoin, à ceux ayant rapporté connaître de nouveaux outils. L'objectif du présent article est donc de rendre compte de cette démarche, en présentant d'abord la méthodologie de la recension et les résultats obtenus, et ensuite la consultation auprès des pairs en comparant leurs recommandations à celles émanant de la littérature. Les retombées cliniques concrètes observées à la CPPE et les constats concernant la pratique clinique évaluative en petite enfance sont ensuite discutés.

RECENSION DES OUTILS D'ÉVALUATION

Méthode

Cinq stratégies globales furent utilisées afin de composer un répertoire de mesures le plus complet possible. Premièrement, les mots clés suivants furent couplés : *preschool-aged children*, *preschoolers* ou *toddlers*, *developmental disorders* et *standardized assessment/measurement*. À la suggestion du bibliothécaire de l'HRDP, les bases de données *PsycINFO* et *Health & Psychosocial Instruments* furent consultées pour les années 1990 à 2004. La recherche dans *PsychINFO* généra 198 articles alors que la recherche dans *Health & Psychosocial Instruments* en généra 95. Les résumés furent lus afin de repérer les outils d'évaluation du développement (langage, sensorimotricité, comportements adaptatifs, cognition) d'enfants de moins de 6 ans. Malgré le nombre d'articles ainsi généré, peu d'entre eux permettaient d'identifier le type d'outils recherchés pour cette recension. *PsycINFO* fut donc à nouveau consulté, de même que *PubMed*, *Scirus*, et *pediatrics.org* pour les termes *preschool** en combinaison avec *evaluation* ou *assessment* pour identifier les outils d'évaluation selon les paramètres recherchés.

Deuxièmement, les catalogues de l'année 2004 des maisons d'édition suivantes furent consultés : Harcourt (Psycorp/Les éditions du Centre de

Psychologie Appliquée – rachetées depuis par Pearson Assessments), Institut de recherches psychologiques, Thomson-Nelson, Riverside Publishing, Pro-ed, Stoelting Company, Psychological Assessment Resources (PAR) Inc, Pearson Assessments (American Guidance Service), Brookes Publishing et Linguistics. Lorsque des épreuves venaient tout juste d'être rééditées, l'ancienne et la nouvelle version ont été retenues.

Troisièmement, des recensions réalisées par des agences gouvernementales étatsuniennes et française ont été identifiées (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2001; Berry, Bridges, & Zaslow, 2004; Biddle, Watson, Hooper, Lohr, & Sutton, 2002; Kisker *et al.*, 2003). Les lignes directrices officielles des Académies américaine et canadienne de pédopsychiatrie (AACAP et ACPEA), de l'Académie américaine de neurologie (AAN) ainsi que des ordres professionnels des psychologues, ergothérapeutes et orthophonistes furent consultées.

Quatrièmement, une recherche manuelle des tables des matières des périodiques suivants fut réalisée pour les années 2001-2004 : *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, *American Journal of Speech-Language Pathology*, *Archives de pédiatrie*, *Infant Mental Health Journal*, *Infants and Young Children*, *International Journal of Communication Disorders*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *Journal of Communication Disorders*. Ces périodiques ont été sélectionnés car les problématiques liées aux troubles de développement rencontrés en psychiatrie préscolaire sont plus susceptibles d'y être traitées.

Finalement, les bibliographies des articles furent consultées afin d'identifier tout autre article pertinent. Lorsque l'on constata que les mesures d'évaluation retrouvées se recoupaient, il fut considéré qu'il s'agissait là d'un processus de saturation indiquant une atteinte de l'objectif de la constitution du répertoire le plus complet possible.

Résultats

Un répertoire de 181 outils d'évaluation a été produit, incluant des batteries de tests englobant plusieurs aspects, des tests très spécifiques et des questionnaires parentaux. La recension ne visait pas à répertorier les outils de dépistage. Toutefois, des mesures d'évaluation du développement assez exhaustives, très utilisées en recherche et nécessitant un minimum de formation à leur administration, dont celles recommandées par l'AAN (Filipek *et al.*, 2000), ont été retenues. Les outils furent classés en six catégories : 1) outils généraux (13); 2) échelles développementales (5); 3) évaluation cognitive (24); 4) langage (83); 5) motricité, perception et intégration sensori-motrice (46) et 6) comportements adaptatifs (10). Seuls 47 des 181 instruments (25,9 %)

avaient des adaptations ou normes francophones à ce moment. Seulement 8 (4,4 %) ont été développés au Canada ou y ont été au moins en partie validés.

DÉMARCHE DE CONSULTATION AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

En deuxième étape, le répertoire de mesures a été soumis à des collègues œuvrant auprès d'une clientèle préscolaire également susceptible de présenter des difficultés développementales, affectives et comportementales. Cette démarche visait à obtenir l'avis d'un petit groupe d'homologues au plan professionnel, capables d'identifier les mesures du répertoire leur étant connues (ou non), de même que celles recommandées (ou non). Afin de refléter les disciplines interpellées par la recension, des proportions comparables de psychologues, orthophonistes et ergothérapeutes dans le réseau professionnel de collègues furent identifiés. Cette méthode a été retenue pour des raisons de faisabilité et aussi pour tenir compte de l'objectif de la démarche, celle d'avoir une meilleure idée des pratiques évaluatives auprès d'un groupe de pairs. Étant donné l'enjeu majeur de la disponibilité d'outils en français et dans un but de comparabilité avec notre milieu, seuls des milieux francophones furent contactés.

Plusieurs démarches furent faites pour identifier ces homologues. En premier lieu, des contacts ont été établis auprès d'autres milieux psychiatriques recevant de jeunes enfants et pratiquant des évaluations développementales. Ce nombre d'équipes au Québec (francophone) étant très limité, il a fallu choisir d'autres participants. La similarité entre les enfants consultant en psychiatrie et en clinique développementale (Macias, Saylor, Watson, & Spratt, 1998) favorisa le recours aux milieux pédiatriques et de réadaptation. Selon l'organisation du milieu, la coordonnatrice d'une équipe était parfois la personne contact et se chargeait de distribuer les documents aux professionnels. Des représentants universitaires de chaque discipline, experts dans le développement des jeunes enfants, furent également sollicités puisqu'ils peuvent s'avérer plus au fait des récents développements dans le domaine et de la valeur des instruments. De plus, ils jouent un rôle clé dans la formation de la relève. Finalement, dans le but d'enrichir la démarche, on a communiqué avec des professionnels œuvrant en pratique privée, mais connus pour leur intérêt envers l'évaluation des jeunes enfants.

Compte tenu du nombre d'outils répertoriés, soit 181, une procédure simple fut privilégiée afin de favoriser la participation. Pour chaque mesure, des informations sommaires étaient présentées : nom et abréviation usuelle de l'outil, auteurs, année de publication, étendue d'âge et domaines évalués. Ensuite figuraient 4 questions : 1) « Connaissez-

vous cette mesure? », 2) « L'avez-vous déjà utilisée personnellement? », 3) « Connaissez-vous un utilisateur? » et 4) « Recommanderiez-vous cette mesure à des professionnels de la petite enfance en pédopsychiatrie? », ainsi qu'un espace pour des commentaires additionnels.

Chaque question était accompagnée d'une courte définition opérationnelle. Pour « Connaissez-vous cette mesure? » : « Vous connaissez le contenu et les qualités de la mesure, soit parce que vous l'avez étudiée, utilisée, supervisé l'utilisation, etc. ou parce qu'un(e) collègue qui la connaît vous en a parlé ». Pour la recommandation : « Vous avez une connaissance suffisante de la mesure et vous estimez qu'elle peut être utile (ou non) à une équipe de cliniciens en pédopsychiatrie qui reçoivent des jeunes enfants avec des troubles du développement et de comportement ». Pour chaque question, le répondant devait choisir une réponse parmi le choix suivant : oui, non, incertain, non applicable. Une lettre spécifiait aussi de sélectionner les sections du répertoire pour lesquelles chacun considérait son expertise pertinente.

Des professionnels de trois centres hospitaliers (CH), cinq centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), deux en pratique privée et six professeurs-chercheurs ou chargés de cours de deux universités acceptèrent qu'on leur envoie des questionnaires. Sur 29 questionnaires acheminés, 26 furent complétés en tout ou en partie, et retournés. Dans certains cas, les professionnels ne remplirent que les sections correspondant à leur profession. Parfois, des cliniciens d'une même profession ont répondu sur le même questionnaire. Dans certains milieux, des collègues d'autres disciplines que celles initialement visées se sont ajoutés. C'est ainsi que 30 personnes participèrent à compléter les 26 questionnaires. Il s'agit de 9 (30 %) orthophonistes, 7 (23 %) ergothérapeutes, 10 (33 %) psychologues, 3 (10 %) éducateurs ou psychoéducateurs et 1 (3 %) physiothérapeute. Les trois éducateurs et psychoéducateurs ont répondu conjointement sur le même questionnaire. Pour les milieux de pratique : 18 (60 %) provenaient de CRDP, 8 (27 %) de CH, 3 (10 %) du milieu universitaire et 1 (3 %) de la pratique privée. Pour des fins de comparabilité, le questionnaire complété par les éducateurs et le psychoéducateur, ainsi que celui complété par le physiothérapeute furent retirés des analyses, ce qui résulte en un total final de 24 questionnaires. Il s'agit bien sûr d'un petit échantillon de convenance, non représentatif des trois disciplines et des milieux de pratiques. Ces limites seront abordées dans la discussion.

Comme l'ensemble du répertoire de mesures a été soumis à tous les répondants, peu importe leur discipline, la distribution des répondants ayant complété les questionnaires a été examinée en tenant compte de la discipline et des sections du répertoire. De façon prévisible, tous les

psychologues ont complété les sections sur les épreuves de développement général ou global, les échelles développementales et les instruments d'évaluation cognitive. Tous les orthophonistes ont complété les sections sur les mesures d'évaluation du langage, et tous les ergothérapeutes ont complété la section sur les mesures de motricité, perception et intégration sensori-motrice. Pour la section sur les comportements adaptatifs, les psychologues et les ergothérapeutes y ont répondu en plus grande proportion que les orthophonistes. De plus, pour chaque section du répertoire de mesures, on observe au moins un répondant de chacune des trois disciplines.

Résultats

Parmi les 181 instruments, 121 (66,8 %) étaient connus des répondants; 89 (49,2 %) furent recommandés par au moins une personne, dont 70 (38,7 %) par au moins deux personnes. Quelques-uns font consensus : 31(17 %) sont recommandés par au moins 6 personnes, dont 12 (6,6 %) par 10 répondants et plus. Soulignons que 32 des instruments sont spécifiquement non recommandés. Certains (13; 7,2 %) sont plus controversés : recommandés par des répondants mais déconseillés par d'autres.

Les outils recommandés par au moins deux personnes sont présentés par ordre décroissant du nombre de recommandations aux Tableaux 1 à 7¹. En premier lieu, l'on retrouve les outils portant sur le développement général ou global (Tableau 1), ensuite les échelles développementales (Tableau 2) et les instruments d'évaluation du fonctionnement intellectuel et cognitif (Tableau 3). Étant donné le nombre important d'outils d'évaluation du langage, les batteries générales (Tableau 4) sont distinguées des mesures plus spécifiques (Tableau 5). Le Tableau 6 regroupe celles portant sur la sensori-motricité. Finalement, le Tableau 7 rapporte les résultats concernant les mesures de comportements adaptatifs. Depuis la réalisation de cette recension, certains tests ont fait l'objet d'une révision amenant une nouvelle édition. Celles-ci sont alors identifiées par un astérisque dans les Tableaux.

Comparaison entre les outils recommandés par la consultation et par la littérature

Le Tableau 1 regroupe les 4 épreuves de développement général ou global recommandées par au moins deux répondants. Le *Miller Assessment for Preschoolers (MAP; Miller, 1988)*, outil plus connu et recommandé par 71 % des répondants, est le 9^e des 11 outils les plus cités dans la littérature pour la motricité (Golomb, Garg, & Williams, 2004).

1. Les tableaux sont regroupés à la fin de l'article.

Deux des quatre outils recommandés par les professionnels, le *Brigance Diagnostic Inventory of Early Development (BIED-R; Brigance, 1991)* et le *Ages and Stages Questionnaire-2^e éd. (ASQ-2; Bricker & Squires, 1999)*, font partie des outils jugés suffisants sur le plan de la sensibilité et de la spécificité par l'AAN (Filipek *et al.*, 2000). Alors que le *Brigance* est très connu mais peu recommandé dans notre consultation, la situation est inverse pour l'ASQ-2. Parmi les commentaires on a indiqué que le *Brigance* serait plutôt approprié pour des programmes d'intervention. Étant donné la proportion de recommandations positives de notre sondage (80 %) et celle par l'AAN, l'ASQ-2 gagnerait peut-être à être plus connu. Le *Test non verbal de Borel-Maisonny* (Ferrand, 2000) fait partie des outils provenant de France moins connus ici mais appréciés par ceux les connaissant.

Le Tableau 2 présente les échelles développementales recommandées par au moins deux répondants. Aucune d'entre elles ne fait consensus. Le *Bayley Scales of Infant Development (BSID-II; Bayley, 1993)* et le *Mullen Scales of Early Learning (MSEL; Mullen, 1995)* figureraient parmi les outils les plus utilisés aux États-Unis (Gilliam & Mayes, 2004), auxquels s'ajoute le *Griffiths Mental Development Scales (GDMS; Griffiths, 1970)* au Royaume-Uni (Johnson & Marlow, 2006). La popularité du GDMS est questionnable étant donné que seule l'échelle pour 0-2 ans avait connu une révision récente au moment de notre consultation. Quant au *BSID-II*, certains auteurs l'estiment peu utilisable avec des enfants présentant des difficultés importantes du langage ou de contrôle moteur, malgré son excellente standardisation (Leevers, Rowesler, Flax & Benasich, 2005). La dernière version du *Bayley (BSID-III)* a tenté de remédier en partie à ces critiques en offrant plus d'échelles distinctes et son échelle motrice est recommandée par l'*European Academy for Childhood Disability (EACD; Blank, Smits-Engelsman, Polatajko, & Wilson, 2012)* pour l'évaluation du trouble d'acquisition de la coordination motrice (TAC). Toutefois, l'échelle dite cognitive comporte beaucoup d'items verbaux, ce qui la rend peu valide avec des enfants en difficulté langagière. Le *MSEL*, également recommandé par la majorité des professionnels qui le connaissent (67 %), offre l'avantage d'échelles séparées pour le langage expressif et réceptif, la motricité globale et fine et le traitement visuel, mais il peut être jugé trop désuet (Berger, Hopkins, Bae, Hella, & Strickland, 2010; Johnson & Marlow, 2006). Il demeurerait tout de même l'un des outils préférés en clinique et en recherche avec les enfants faisant partie du spectre de l'autisme (Bishop, Guthrie, Coffing, & Lord, 2011). Ainsi, chacune des échelles développementales disponibles comporte des limites importantes pour l'évaluation des jeunes enfants présentant des difficultés développementales.

Le Tableau 3 présente les 14 outils pour l'évaluation cognitive recommandés au moins deux fois. Les plus recommandées font l'objet d'un certain consensus et rencontrent les standards de la Société américaine de psychologie pédiatrique (SPP; Campbell, Brown, Cavanagh, Vess, & Segall, 2008), notamment le *Test de la figure complexe de Rey* (Meyers & Meyers, 1996), le *Leiter-R* (Roid & Miller, 1997), le *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-III)* (Wechsler, 2004) et la *NEPSY* (Korkman, Kirk, & Fellman, 1998). D'autres sont moins connus mais font tout de même l'objet d'un certain consensus : le *Children's Memory Scale (CMS)* (Cohen, 2001), le *Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version (BRIEF-P)* (Gioia, Espy & Isquith, 2003), le *Peabody Individual Achievement Test-Revised (PIAT-R)* (Markwardt, 1998) et le *Woodcock-Johnson III (WJ-III)* (Woodcock, McGrew, & Mather, 2001a; 2001b). Les *Matrices de couleur de Raven* (Raven, Court, & Raven, 1998), le *Stanford-Binet*, 5^e édition (*SB-5* : Roid, 2003), le *Kaufman Assessment Battery for Children – 2^e édition (K-ABC-II)* (Kaufman & Kaufman, 2004), le *PIAT-R* et le *WJ-III* rencontrent également les critères de Campbell et ses collaborateurs (2008). Par ailleurs, le *WPPSI-III* fait partie des rares tests jugés comme rencontrant des critères psychométriques suffisants pour l'évaluation du langage des francophones du Canada (Gaul Bouchard, Fitzpatrick, & Olds, 2009). Malgré que le *WPPSI-R* (Wechsler, 1989) et la *Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant (K-ABC)* (Kaufman & Kaufman, 1983) venaient d'être révisés au moment de la recension, respectivement 50 % et 40 % des répondants les recommandent toujours, alors que d'autres les déconseillent.

Au Tableau 4 figurent les 12 batteries d'évaluation du langage recommandées au moins deux fois. C'est dans ce domaine que se confrontent le plus les traditions américaines et européennes. Ainsi, les ouvrages portant sur ce sujet ne répertorient pas les mêmes instruments selon leur pays d'origine (p. ex., Biddle *et al.*, 2002 aux États-Unis; Chevrie-Muller, 1999 en France). L'outil le plus recommandé par notre sondage, le *Reynell Developmental Language Scales-III (RDLS-III)* (Edwards, Fletcher, Garman, Hughes, Letts, & Sinka, 1997), serait central en Grande-Bretagne (Law, 1999), mais n'apparaît pas dans les recensions américaines. Le rapport produit pour l'agence de santé américaine par Biddle et ses collègues (2002) ne recommande que trois mesures pour les jeunes enfants : le *Clinical Evaluation of Language Fundamentals Test-Third Edition (CELF-3)* (Semel, Wiig, & Secord, 1995), le *Preschool Language Scale-3* (Zimmerman, Steiner, & Pond, 1992) et le *Test of language development – Primary, Third edition (TOLD-P :3)* (Newcomer & Hammill, 1997; édition révisée en 2008 par Hammill & Newcomer). Le *CELF-4* (Semel, Wiig, & Secord, 2003) fait partie des outils les plus recommandés par notre sondage, alors que le *PLS-4* (Zimmerman, Steiner, & Pond, 2002) l'est très peu (33 %) et que le *TOLD* n'en fait même

pas partie. Le *CELF* et le *PLS* sont également les seuls tests recommandés par les professionnels consultés par notre sondage parmi les 10 tests recommandés par Friberg (2010). Notons qu'au moment de notre sondage, aucun de ces outils ne possédait de traduction officielle en français. En effet, l'utilisation de versions « maison » d'outils anglophones adaptés en français serait fréquente en orthophonie (Gaul Bouchard *et al.*, 2009). Les *Nouvelles Épreuves pour l'Examen du Langage (N-EEL)* de Chevrier-Muller et Plaza (2001) sont moins connues mais font consensus (86 % le recommandent). Tout comme l'*Épreuve du Langage Oral (ELO)* : Khomsi, 2001), autre épreuve provenant de France, les tailles de leurs échantillons de normalisation et leurs qualités métriques sont toutefois inférieures aux tests anglo-saxons (Gaul Bouchard *et al.*, 2009).

Le Tableau 5 répertorie les 17 outils évaluant des aspects spécifiques du langage recommandés au moins deux fois. L'*Échelle de Vocabulaire en Images Peabody (ÉVIP)* : Dunn, Thériault-Whalen & Dunn, 1993), traduite du *Peabody Picture Vocabulary Test-3 (PPVT-3)* : Dunn & Dunn, 1997) et normalisée au Canada français, y trône en tête de palmarès. Malgré qu'elle surestimerait d'environ 1 écart-type le niveau des enfants québécois, elle serait tout de même utile pour détecter les enfants en trouble langagier lorsque combinée avec d'autres mesures d'évaluation (Thordardottir *et al.*, 2011). Le *Test des concepts de base de Boehm préscolaire* (Boehm, 1990) possède également une traduction française officielle et rencontre un nombre élevé de critères quant à ses qualités psychométriques (Gaul Bouchard *et al.*, 2009). Les autres mesures populaires comportent des tests américains, des outils plus cliniques développés au Québec mais non normalisés et des outils provenant de France. Les *Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication* (Frank, Poulin-Dubois, & Trudeau, 1997) font figure d'exception par leur normalisation québécoise.

Au Tableau 6 sont indiquées les 16 épreuves pour la perception et la sensori-motricité recommandées au moins deux fois. Le *Developmental Test of Visual Motor Integration (VMI-5)* : Beery & Beery, 2004), la *Batterie Talbot* (Talbot, 1993) et le *Developmental Test of Visual Perception-2 (DTVP-2)* : Hammill, Pearson, & Voress, 1993) y font consensus. Ceux-ci, ainsi que la plupart des outils recommandés, sont similaires aux outils les plus utilisés par les ergothérapeutes du Québec avec des enfants présentant un trouble envahissant du développement (Stuhec & Gisel, 2003). Le *VMI* a aussi été recommandé pour l'évaluation des aspects visuo-spatiaux chez des enfants ayant subi des traumatismes cérébraux (McCaughey *et al.*, 2012) et pour la recherche épidémiologique (Youngstrom *et al.*, 2010). Le *TVPS* est critiqué par Auld, Boyd, Moseley et Johnston (2011), qui recommandent plutôt le *Motor-Free Visual Perceptual Test-3 (MVPT-3)* : Colarusso & Hammill, 2003), cependant peu apprécié de nos

répondants. La *Batterie Talbot* n'a pas de normalisation et n'a pas fait l'objet d'une publication dans une revue avec pairs.

La *Batterie d'évaluation des mouvements chez l'enfant (M-ABC)*: Henderson & Sugden, 1992) est l'outil principalement recommandé par l'EACD pour l'évaluation du trouble d'acquisition de la coordination motrice (Blank *et al.*, 2012). Il est moins connu de nos participants mais toutefois très recommandé (88 %). Il ne figurait pas au sondage de Stuhec et Gisel (2003). L'EACD recommande également le *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2)*: Bruininks & Bruininks, 2005) et le *Peabody Developmental Motor Scales-2 (PDMS-2)*: Folio & Fewell, 2000), moins connus parmi les professionnels ici sondés et moins recommandés (respectivement 57 % et 25 %). Selon la recension de Golomb et ses collègues (2004), le *MABC*, le *BOT* et le *PDMS* sont respectivement les 6^e, 5^e et 4^e mesures motrices les plus citées dans la littérature. Par ailleurs, le *Sensory Integration and Praxis Tests (SIPT)*: Ayres, 1989), peu recommandé par nos professionnels consultés (43 %) est critiqué par Wilson (2005), car sa base conceptuelle n'aurait pas été soutenue empiriquement. Le *Profil Sensoriel* (Dunn, 1999), hautement apprécié parmi ceux qui le connaissent (83 % de recommandations) serait l'un des outils les plus utilisés au Canada et en Australie (Brown, Rodger, Brown & Roeber, 2005; Kadar *et al.*, 2012), même s'il provient de cette même approche hautement critiquée. Les *Clinical Observation of Sensory Integration Dysfunction* (Dunn, 1981) et le *DeGangi-Berk Test of Sensory Integration (TSI)*: Berk & DeGangi, 1983) découlent également de cette approche, mais peuvent être plutôt utilisés en appui aux observations cliniques.

Finalement, le Tableau 7 présente les 4 instruments d'évaluation des comportements adaptatifs recommandés par au moins deux répondants. Aucun ne fait consensus, malgré que cet aspect doive faire partie de l'évaluation de la déficience intellectuelle/retard mental (OPQ, 2007). Les *Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)*: Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984; *VABS-2*: Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005) sont particulièrement connues, en particulier la version originale. Aucune de ces échelles n'est toutefois très recommandée (respectivement 36 % et 29 %) alors que la version révisée est considérée comme un outil de choix (Reva & Bardos, 2011). Par exemple, la *VABS-2* a été recommandée pour documenter l'impact de la présence d'un trouble d'acquisition de la coordination motrice sur la participation sociale de l'enfant (Darsaklis, Snider, Majnemer, & Mazer, 2013) et comme mesure complémentaire chez les enfants ayant subi un traumatisme crânien (McCauley *et al.*, 2012). Le *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*: Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, & Andrellos, 1992) et le *Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)*: Msall, DiGaudio, Duffy, LaForest, Braun, &

Granger, 1994) sont moins connus et respectivement assez peu recommandés (40 % et 50 %). Le *PEDI* et le *WeeFIM* s'utilisent surtout avec des enfants présentant des problématiques de santé physique (Msall, 2005) et sont les 2^e et 3^e mesures les plus citées dans la littérature pour l'évaluation de la motricité globale chez les jeunes enfants (Golomb *et al.*, 2004).

Les outils inconnus ou non recommandés

Le constat qu'environ le tiers des outils répertoriés se soient avérés inconnus des répondants ayant participé au sondage peut indiquer que l'objectif de la plus grande exhaustivité possible de la recension ait été atteint. En plus du tiers des outils inconnus, presque un autre tiers n'est pas recommandé ou n'est recommandé que par une seule personne, ce qui fait un total de 111 outils sur les 181 répertoriés. De ce nombre, 27 sont antérieurs à 1990 et leur désuétude peut avoir contribué à être oubliés ou non sélectionnés. Certains étaient connus par plusieurs des répondants mais n'ont pas été recommandés, par exemple, le *Denver-II* (Frankenburg *et al.*, 1992), qui a été expressément déconseillé par l'AAN (Filipek *et al.*, 2000). Le *Battelle Developmental Inventory (BDI)* (Newborg, Stock, Wnek, Guidibaldi, & Svinicki, 1987), recommandé par un seul des professionnels le connaissant, serait très populaire ailleurs, mais est considéré peu fiable et peu valide (Gilliam & Mayes, 2004; Johnson & Marlow, 2006).

A contrario, des outils inconnus ou peu recommandés selon notre sondage pourraient s'avérer pertinents. Pour l'évaluation cognitive, les *Differential Abilities Scales* (Elliott, 1990, révisées en 2007) n'étaient connues que d'un seul répondant alors qu'elles sont fréquemment citées (Baron & Leonberger, 2012; Bishop *et al.*, 2011; Keith & Reynolds, 2010; Sparrow & Davis, 2000; Youngstrom *et al.*, 2010). Pour l'évaluation du langage, la *Batterie d'évaluation psycholinguistique* (Chevrie-Muller, Simon, Le Normand, & Fournier, 1997) serait l'une des plus utilisées en France (ANAES, 2001) mais n'était connue que par trois répondants dont un seul utilisateur qui la recommandait. Le *Test of Language Development (TOLD)* fait partie des rares tests à rencontrer les standards établis par Biddle et ses collègues (2002), mais s'est avéré pratiquement inconnu ici. Des outils anglais fréquemment cités par la littérature pour l'évaluation de la narration (*Renfrew Bus Story Test*; Cowley & Glasgow, 1994 et *Action Picture Test*; Renfrew, 1997) semblent tout aussi inconnus ici. Parmi les outils non recommandés pour l'évaluation du langage (et généralement inconnus) se trouvent aussi plusieurs concernant l'évaluation de la phonologie ou de la morphosyntaxe en anglais, ce qui est difficile à transférer directement au français.

Parmi les mesures du domaine sensorimoteur, plusieurs provenant de France sont inconnues ici. *L'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique*

Distale (Vaivre-Douret, 1997) est une révision du *Test d'imitation de gestes* (Bergès & Lézine, 1978) qui a été recommandé par la moitié des six répondants qui le connaissaient. D'autres mesures très connues selon les écrits scientifiques relèvent plutôt du domaine de la physiothérapie ou de la santé physique (p. ex., *Gross Motor Function Measure*, la plus citée selon Golomb *et al.*, 2004). Parmi les mesures de comportements adaptatifs, nous avons été étonnés que l'*Adaptive Behavior Assessment-Revised (ABAS-2; Harrison & Oakland, 2003)* soit complètement inconnue car c'est la seule qui a une traduction officielle en français. Elle a été recommandée pour la recherche épidémiologique (Youngstrom *et al.*, 2010) et est identifiée comme mesure prometteuse, puisque, étant plus récente, elle a moins bénéficié d'appuis empiriques (McCauley *et al.*, 2012). Ainsi, parmi les outils inconnus ou non recommandés, plusieurs s'avèrent désuets ou semblent non pertinents, alors que d'autres sont très appréciés ailleurs et mériteraient peut-être d'être mieux diffusés au Québec. Le répertoire complet des outils peut être obtenu en communiquant avec l'auteure principale.

DISCUSSION

Recension des outils psychométriques d'évaluation

Pour arriver à constituer ce vaste répertoire des mesures d'évaluation (en français ou en anglais) du développement général, cognitif, langagier et sensori-moteur des jeunes enfants, ainsi que de leur niveau adaptatif, plusieurs démarches ont dû être mises à contribution. En effet, au Québec, et même au Canada, aucun organisme officiel n'émet de recommandations quant au choix d'outils d'évaluation pour les jeunes enfants présentant des difficultés développementales. Il s'agit pourtant d'un important problème de santé publique qui est, de plus, très prévalent dans la population d'enfants vus en psychiatrie.

Les recherches plus poussées parmi la littérature ont permis de découvrir que certains organismes étrangers font des recommandations précises quant à la sélection d'outils d'évaluation : l'American Academy of Neurology (AAN) dans le cadre de l'évaluation de l'autisme (Filipek *et al.*, 2000) et plus récemment, l'European Academy for Childhood Disability (EACD) pour l'évaluation du trouble d'acquisition de la coordination motrice (Blank *et al.*, 2012). Ces recommandations ainsi que d'autres faites par des groupes de chercheurs indépendants ont été mises en relief dans la section précédente. Nous notons qu'il n'existe aucun mécanisme permettant de diriger ces recommandations vers les professionnels du Québec.

Récemment, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) ont émis des lignes directrices

concernant le trouble du spectre de l'autisme (TSA), dont la prévalence est de 62/10 000 selon les dernières données (Elsabbagh *et al.*, 2012). Ces lignes directrices émettent des recommandations quant aux outils standardisés pour l'évaluation des symptômes du TSA, mais n'en font pas pour les capacités intellectuelles et adaptatives (CMQ et OPQ, 2012). Quant aux lignes directrices concernant le retard mental, elles stipulent que c'est au psychologue de connaître les qualités psychométriques des tests utilisés, leurs limites, et qu'il « a la responsabilité de se tenir à jour quant aux instruments qu'il privilégie » (p. 15, OPQ, 2007), sans recommandation précise d'outils. Les lignes directrices quant à la dérogation scolaire indiquent de plus que « L'usage de tests désuets (...) est proscrit. » (OPQ, 2006, p. 12). Le même document recommande le *Rutgers* et le *Dessin d'une personne* de Goodenough Harris pour l'évaluation du développement psychomoteur, sans indiquer de référence. Selon le *Mental Measurements Yearbook*, les dernières éditions de ces tests datent respectivement de 1968 et 1963 (EBSCO Publishing, 2013). Ces suggestions paraissent contredire la proscription d'utiliser des outils désuets.

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) a publié en 2004 un guide clinique concernant la dysphasie ou trouble primaire du langage. On y indique que le comité a répertorié les outils formels utilisés au Québec et note un manque « dramatique » d'outils normalisés pour la population francophone. Les outils répertoriés ne sont pas cités. Ce guide propose plutôt l'utilisation de grilles conçues pour soutenir la démarche diagnostique, tout en précisant qu'elles ont été peu testées sur le terrain et qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un processus formel de validation.

En l'absence de voies officielles donnant facilement accès aux informations nouvelles concernant les outils psychométriques, la mise à jour du clinicien semble difficile. Par exemple, la tâche de synthétiser les informations concernant les outils pour l'évaluation des troubles de langage a été jugée trop vaste par le groupe de travail mandaté par le département américain de santé (Biddle *et al.*, 2002). Dans ce rapport, Biddle et ses collègues ajoutent que les données de fiabilité et de validité proviennent peu des publications avec comités de pairs, que les échantillons de normalisation sont rarement représentatifs de la population générale et que les données concernant la validité des outils sont ténues et incomplètes. Un catalogue tel que le *Mental Measurements Yearbook* offre un soutien précieux en répertoriant un grand nombre d'outils d'évaluation et en leur adjoignant des revues critiques. Toutefois, il ne recense que les outils américains, et son moteur de recherche ne permet pas de faire une recherche selon le type de population auxquels ils

s'adressent. De plus, au Québec, sa consultation est difficile d'accès (ex : via la bibliothèque de l'UQÀM).

Considérations pour la pratique clinique

Le sondage fait auprès de cliniciens et de chercheurs œuvrant avec des jeunes enfants a permis de connaître la popularité des mesures d'évaluation répertoriées. Quatre grands groupes d'outils s'en dégagent : 1) ceux connus et appréciés d'à peu près tous (outils consensuels), 2) ceux moins connus mais appréciés, 3) ceux plus ou moins connus et peu recommandés et 4) ceux inconnus. Aucun outil consensuel, c'est-à-dire du premier groupe, n'est ressorti parmi les mesures d'évaluation du développement général, les échelles développementales et les échelles de comportements adaptatifs.

L'existence d'outils très populaires auprès des professionnels suggère une relative harmonisation de la pratique québécoise d'évaluation, favorisant un langage commun. De plus, les outils recommandés par les professionnels consultés recoupent en grande partie ceux recommandés par les publications décrites plus haut. Mais ce consensus relatif est-il garant d'une bonne pratique?

D'emblée, une limite importante quant aux tests utilisés en milieu francophone peut être identifiée : la majorité est publiée en anglais avec des normes américaines. Quelques-uns seulement ont des traductions françaises officielles, mais non normalisées ici (*M-ABC*, *Sensory Profile*, *WPPSI-III/CDN-F*). Des outils développés au Québec, mais ne possédant aucune norme, sont également très populaires : la *Batterie Talbot* auprès des ergothérapeutes et les tests de phonologie (*Casse-tête Bulle* et l'examen de Bergeron). Pour l'évaluation du langage, les quelques mesures possédant des normes canadiennes francophones font figure d'exception et font l'objet d'un consensus élevé (*EVIP*, *IMBDC*, *Test of Auditory Comprehension of Language-3 (TACL-3)*; Carrow-Woolfolk, 1999b, Groupe Coopératif en Orthophonie-Région Laval, Laurentides, Lanaudière, 1999).

Les orthophonistes du Québec semblent donc pris à choisir entre des batteries d'évaluation bien normalisées et standardisées en anglais, mais non traduites, ou des tests en français mais provenant de France et moins bien normalisés. Entre les deux, la première catégorie d'outils semble être privilégiée jusqu'à présent. Cette situation cause un grand sentiment d'insatisfaction chez les orthophonistes francophones du Canada (Garcia, Paradis, Sénécal, & Laroche, 2006). L'adaptation québécoise du *TACL* fait figure d'exception, mais seuls trois sous-tests ont été adaptés, et cela pour des enfants de 5 à 8 ans. Récemment, le *CELF-4* a fait l'objet d'une traduction et d'une normalisation franco-canadienne. Malheureusement, il

ne peut être utilisé qu'avec des enfants de plus de 4 ans. La proportion élevée de recommandations pour le *N-EEL*, l'*ELO* et le *Preschool Language Assessment Instrument (PLAI)* (Blank, Rose, & Berlin, 1978a,b) incite à croire que ceux-ci ou leur révision (*PLAI-II*) gagneraient à être plus connus et adaptés pour le Québec.

Parmi les outils très recommandés par la consultation, certains se démarquent par l'absence de normes ou leur désuétude. Par exemple, le *GDMS*, dont la version 2-6 ans datait de 1970 au moment de notre consultation, le livre *Frog where are you?* (Mayer, 1969) pour les habiletés narratives, le *Token Test for Children* (DiSimoni, 1978), les *ColorCards* (Speechmark Publishing, 2001, 2005), le *Rapid Automatized Naming* (Denckla & Rudel, 1974), la *Batterie Talbot* et le *TSI*. Certains, tels que le livre *Frog where are you?* ou les *ColorCards*, sont plutôt utilisés en appui aux observations cliniques. D'autres possèdent peut-être des caractéristiques les rendant difficiles à remplacer par de plus récents, mais ils ne peuvent être interprétés sans grandes précautions. En effet, étant donné l'augmentation régulière du QI de la population (Effet Flynn : Flynn, 1987), l'utilisation de normes désuètes risque de surestimer le niveau de l'enfant, l'empêchant peut-être d'obtenir des services dont il pourrait avoir besoin. Peut-être sont-ils encore utilisés par habitude.

Suite à leur consultation auprès de pairs, Campbell et ses collègues (2008) notaient également que plusieurs outils jugés non valides par la désuétude de leurs normes étaient toujours utilisés. Au total 81 % des mesures révisées parmi celles nommées par leurs pairs rencontraient leurs critères psychométriques, qu'ils jugeaient toutefois comme n'étant pas suffisamment sévères. Ces derniers considèrent que les développements et mises à jour récents des outils amènent généralement une meilleure standardisation et validation mais que les données concernant les qualités psychométriques sont souvent parcellaires.

Au-delà des qualités psychométriques générales des outils, jugées comme un point de départ, certaines mesures peuvent être adéquates mais moins pertinentes selon la problématique investiguée (Frieberg, 2010, Grondhuis & Mulick, 2013). Par exemple, alors que le *BSID-II* possédait une excellente standardisation, son utilisation avec des enfants pouvant présenter des difficultés de développement était jugée comme problématique (Bradley-Johnson, 2001; Johnson et Marlow, 2006; Leevers *et al.*, 2005).

La recension a également permis d'identifier un certain nombre d'outils moins connus mais très appréciés. Les outils de cette catégorie pourraient s'avérer plus novateurs et gagner à être mieux connus. Plusieurs étaient plus récents, tels que le *CMS* et le *BRIEF-P* pour l'évaluation cognitive ou

le *N-EEL* pour le langage. Les instruments provenant de France figurent majoritairement dans ce groupe. Il est dommage que ces outils forts appréciés soient moins répandus car ils ne nécessitent pas de traduction. Enfin, les recommandations de l'*EACD* concernant le *M-ABC* et le *BOT* auraient peut-être avantage à être plus diffusées. Ces deux outils ont été révisés depuis la réalisation du sondage et il est possible que ces révisions soient plus connues et plus populaires. Parmi les outils moins recommandés ou même déconseillés par les pairs, plusieurs sont recommandés par des instances officielles (p. ex., *PLS*, *PDMS* et *TOLD*) ou par des revues critiques (p. ex., *ABAS-II*, *DAS-II*). Il serait intéressant de chercher à comprendre pourquoi ces outils ne sont pas retenus ici. S'agit-il d'une méconnaissance, de raisons culturelles ou bien de raisons liées à la pratique clinique?

Un grand nombre d'outils pour évaluer les différentes sphères de développement des très jeunes enfants sont disponibles. Toutefois, relativement peu sont largement connus et jugés utiles. Puisque la majorité a été développée et validée en anglais, on peut soupçonner que leur utilisation répandue s'appuie sur des traductions officieuses, non standardisées et non validées. Une telle situation peut avoir des conséquences insoupçonnées sur les résultats d'évaluation, les diagnostics posés et les services offerts. A ce titre, mentionnons la controverse autour de la validation de la version canadienne francophone du *WISC-IV* (Roussy, Duchesne, & Beauséjour, 2009), non recensée ici car conçue pour les enfants de 6 à 16 ans, qui a pu attirer l'attention sur les grandes différences entre les normes pour les Canadiens anglais, les francophones de l'Ontario et les Québécois. Les disparités régionales constatées lors de l'utilisation du *WISC-IV* (Wechsler, 2007) et de l'*ÉVIP* (Thordardottir, Keheyia, Lessard, Sutton, & Trudeau, 2010) alimentent l'inquiétude pouvant être soulevée quant à l'utilisation systématisée de tests qui ne sont ni normalisés, ni traduits pour notre population. Même si certains ont été conçus pour éviter toute spécificité culturelle, par exemple les tests non verbaux tels que le *Leiter-R*, cette supposition est remise en question (Sternberg, Grigorenko, & Bundy, 2001). Il n'existe pas à notre connaissance d'études permettant de guider les cliniciens québécois dans leurs choix lorsqu'ils doivent se résoudre à utiliser des tests normalisés ailleurs. À défaut de mieux, il serait intéressant, par exemple, de savoir lesquelles des normes anglaises, françaises ou américaines devraient être sélectionnées en vue de comparaison. Il ne faut pas oublier que ces tests sont souvent utilisés afin d'obtenir des services de réadaptation ou d'adaptation scolaire.

L'utilisation des tests ne possédant pas de validation publiée, dont les normes sont désuètes ou qui proviennent d'une autre population, va à l'encontre d'une pratique appuyée sur les données probantes.

Évidemment, toute évaluation doit être réalisée à partir de la cueillette d'informations provenant de diverses sources et est soumise à l'interprétation clinique. C'est la rigueur de la démarche globale qui assure la qualité du service rendu et celui-ci doit donc être considéré dans son ensemble et non seulement selon les outils utilisés. L'on peut tout de même s'interroger sur la mise à jour de la pratique évaluative, dans un contexte où l'évaluation de la qualité de la pratique s'est principalement intéressée aux interventions (Cohen *et al.*, 2008; Mash & Hunsley, 2005). Il semble exigeant de demander aux cliniciens d'effectuer seuls leur mise à jour, alors qu'ils ont rarement la disponibilité d'obtenir toutes les informations nécessaires. Il est donc très probable que la pratique soit fortement influencée par le maintien des traditions, le bouche-à-oreille, la publicité de certaines maisons d'édition et les budgets disponibles pour l'acquisition de nouveaux tests. Dans ce contexte, il serait intéressant pour les cliniciens québécois d'avoir accès plus facilement et plus rapidement, via des organismes officiels, aux développements récents dans le domaine, ainsi qu'à des balises pour l'utilisation de tests normalisés auprès d'autres populations.

Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, plusieurs outils répertoriés faisaient l'objet d'une révision au moment de la réalisation de l'étude, et la publication de ces nouvelles éditions peut influencer fortement sur la qualité de l'outil et son utilisation. De plus, quelques années se sont écoulées depuis cette recension. Cette limite a en partie été palliée en indiquant les révisions publiées depuis et en comparant les réponses obtenues à notre sondage à des revues critiques et des consultations similaires publiées récemment. Toutefois, ceci ne permet pas d'inclure des mesures complètement nouvelles qui auraient été publiées depuis. Malgré cela, cette démarche témoigne d'une pratique évaluative qui n'évolue pas rapidement et les constats pouvant en être tirés demeurent valables.

Il eut probablement fallu faire une analyse des réponses (mesures connues et recommandées) de chaque section en tenant compte de la discipline des répondants. Ainsi, il se peut, par exemple, que des orthophonistes se soient prononcées sur des mesures cognitives ou de la motricité alors que ces mesures ne relèvent pas de leur compétence. L'échantillon restreint ne permettait pas d'envisager de telles analyses. Cependant, une des prémisses de la démarche de consultation était que des professionnels de ces trois disciplines qui évaluent une clientèle préscolaire susceptible de présenter à la fois des difficultés développementales, affectives et comportementales travaillent en multidisciplinarité. Par conséquent, ces professionnels pourraient détenir assez d'expertise pour se prononcer sur l'ensemble des mesures présentées dans le répertoire. Bien que l'échantillon obtenu ne permette

pas de généraliser à l'ensemble des professionnels, des efforts ont tout de même été faits pour assurer une plus grande représentativité possible. Il faut dire aussi que le bassin de professionnels faisant ce type d'évaluation est relativement restreint. Il pourrait s'avérer intéressant de faire la même démarche de consultation avec une mise à jour des outils et en passant cette fois-ci par les ordres professionnels, afin d'obtenir ainsi une meilleure représentativité. Depuis la démarche de consultation, des équipes multidisciplinaires spécialisées dans l'évaluation du développement des jeunes enfants ont débuté leur implantation dans les CLSC. Une démarche future devrait nécessairement tenter d'inclure ces professionnels.

Ensuite, l'objectif de répertorier le plus grand nombre d'outils disponibles rend impossible l'analyse critique de chacun. Certains critères objectifs sont plus faciles à évaluer, comme la présence de normes récentes, appuyées sur une méthodologie rigoureuse. Cependant, les outils développés pour une population se révèlent parfois inutilisables pour une autre (Cohen *et al.*, 2008). C'est ainsi qu'un outil possédant d'excellentes qualités psychométriques peut se révéler peu valide lorsqu'utilisé en clinique (Hundal & Morris, 2011). De plus, les outils possédant de bonnes qualités psychométriques ont souvent des niveaux planchers qui les rendent moins adéquats lorsqu'utilisés avec des enfants de moins de 4 ans (Nagle, 2007). Des critères tels que l'existence d'une traduction validée pourraient conduire à éliminer la majorité des mesures et ne sont peut-être pas réalistes à appliquer pour l'instant. Une analyse subséquente des outils devrait donc tenir compte de tous ces paramètres.

Une dernière limite concerne l'étendue de la recension elle-même, qui s'est restreinte aux outils traitant du fonctionnement langagier, sensorimoteur, cognitif et des comportements adaptatifs. Ainsi, un même travail demeure à faire pour l'évaluation d'autres aspects essentiels, tels que la régulation comportementale, affective et relationnelle. Étant donné que l'identification des difficultés développementales fait souvent défaut dans les milieux psychiatriques (Cohen *et al.*, 1998; Cairney *et al.*, 2010), il semblait prioritaire de s'intéresser d'abord à ce type d'évaluation.

Retombées cliniques de l'étude

Malgré toutes les limites énumérées, la réalisation de la recension et de la consultation auprès des pairs a tout de même été jugée très utile et a permis des retombées concrètes auprès de la pratique clinique en notre milieu. Principalement, la réalisation de la démarche a soulevé un questionnement pertinent quant aux outils sélectionnés et les raisons sous-jacentes à leur sélection. Les professionnels ont porté une attention beaucoup plus grande aux qualités psychométriques des outils qu'ils utilisaient. La recension a également permis de faire connaître de nouveaux outils, dont de nouvelles révisions d'outils déjà utilisés. Les

cliniciens ont une meilleure compréhension des limites des outils qu'ils utilisent, sont donc mieux en mesure de pallier ces lacunes et sont plus vigilants afin de se tenir à jour. La réalisation d'une telle démarche au sein d'une équipe clinique a un réel effet dynamisant et mobilisateur.

CONCLUSIONS

L'étude des pratiques évaluatives, très importante lorsque la santé mentale des jeunes enfants est en jeu, n'en est qu'à ses balbutiements. Non seulement d'autres travaux sont nécessaires pour améliorer la qualité de cette pratique, mais ces travaux doivent être réalisés dans des contextes régionaux précis, tout en tenant compte des particularités des populations visées. Jusqu'à présent, l'évaluation clinique a été peu considérée à la lumière des données probantes, bien qu'elle soit à la base de toute intervention. Un plus grand intérêt envers ce domaine ne peut que rehausser la pratique professionnelle. Il est souhaitable que cela entraîne des évaluations initiales plus larges et systématiques, palliant ainsi la négligence par le milieu psychiatrique des aspects développementaux contributifs à la symptomatologie de l'enfant, décrite dans la littérature. Même dans le cadre de la surveillance développementale devant être faite au sein des suivis pédiatriques réguliers, il a été déploré par l'Association Américaine de Pédiatrie que les troubles de développement étaient insuffisamment détectés (Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee, 2006). Rappelons aussi que la population infantile et préscolaire, qui présente des défis particuliers mais aussi des occasions uniques de rattrapage grâce à une plus grande plasticité cérébrale, nécessite d'autant plus que l'on s'y attarde.

RÉFÉRENCES

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2001). *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3-6 ans*. Paris : ANAES.
- Auger, D. (1994). *Casse-tête d'évaluation de la phonologie*. Montréal : Auteur.
- Auld, M., Boyd, R., Moseley, G. L., & Johnston, L. (2011). Seeing the gaps : a systematic review of visual perception tools for children with hemiplegia. *Disability and Rehabilitation*, 33(19-20), 1854-1865.
- Ayres, A. J. (1989). *Sensory Integration and Praxis Tests*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Baron, I. S., & Leonberger, K. A. (2012). Assessment of Intelligence in the Preschool Period. *Neuropsychological Review*, 22, 334-344.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development – Second edition*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Bayley, N. (2005). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third edition*. San Antonio, TX : Harcourt Assessment.

- Beery, K. E. & Beery N. A. (2004). *The Beery-Buktenika Developmental Test of Visual-Motor Integration (Beery VMI) : Administration, scoring and teaching manual* (5^e éd.). Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Beery, K. E., Buktenika N. A., & Beery N. A. (2010). *Beery-Buktenika Developmental Test of Visual-Motor Integration* (6^e éd.). Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Benner, G. J., Ron Nelson, J., & Epstein, M. H. (2002). Language skills of children with EBD : A literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 43-59.
- Berger, S. P., Hopkins, J., Bae, H., Hella, B., & Strickland, J. (2010). Infant assessment. In J. G. Bremner, & T. D. Wachs (Éds), *The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development* (2^e éd.) (p. 226-256). Oxford : Blackwell Publishing Ltd.
- Bergeron, M. (2001). *L'examen des troubles phonologiques et phonétiques chez l'enfant*. Montréal : École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal.
- Bergès, J., & Lézine, I. (1978). *Test d'imitation de gestes : techniques d'exploration du schéma corporel et des praxies chez l'enfant de 3 à 6 ans* (2^e éd.). Paris : Masson.
- Berk, R. A., & DeGangi, G. A. (1983). *DeGangi-Berk Test of Sensory Integration*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Berry, D. J., Bridges, L. J., & Zaslow, M. J. (2004). *Early childhood measures profiles*. Washington, DC : Child Trends.
- Biddle, A., Watson, L., Hooper, C., Lohr K. N., & Sutton S. F. (2002). *Criteria for determining disability in speech-language disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 52* (Prepared by the University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No 290-97-0011). AHRQ Publication No. 02-E010. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bishop, S. L., Guthrie, W., Coffing, M., & Lord, C. (2011). Convergent Validity of the Mullen Scales of Early Learning and the Differential Ability Scales in Children with Autism Spectrum Disorders. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(5), 331-343.
- Blank, M., Rose, S. A., & Berlin, L. J. (1978a). *Preschool Language Assessment Instrument (PLAI) : The language of learning in practice*. Orlando, FL : Grune and Stratton.
- Blank, M., Rose, S. A., & Berlin, L. J. (1978b). *The language of learning : The preschool years*. Orlando, FL : Grune and Stratton.
- Blank, M., Rose, S. A., & Berlin, L. J. (2003). *Preschool Language Assessment Instrument The language of learning in practice* (2^e éd.). Austin, TX : Pro-Ed.
- Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD) : Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54, 54-93.
- Boehm, A. E. (1990). *Test des concepts de base : Version préscolaire*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliqué (ECPA).
- Boehm, A. E. (2001). *Boehm Test of Basic Concepts* (3^e éd. préscolaire). San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Boehm, A. E. (2009). *Boehm 3 Maternelle – Test des concepts de base de Boehm – 3^e éd.* Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Boll, T. (1993). *Children's Category Test*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Bolton, P. (2001). Developmental Assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 32-42.
- Bradley-Johnson, S. (2001). Cognitive Assessment for the Youngest Children : A Critical Review of Tests. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 19-44.
- Bray, K., Fisher, A. G., & Duran, L. (2001). The validity of adding new tasks to the Assessment of Motor and Process Skills. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 409-415.
- Bricker, D., & Squires, J. (1999). *The Ages and Stages Questionnaire – 2^e éd.* Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing.
- Brigance, A. H. (1991). *Developmental record book – Brigance Diagnostic Inventory of Early Development, birth to 7 years – Revised*. North Billerica, MA : Curriculum Associates.
- Brigance, A. H. (2004). *Brigance Diagnostic Inventory of Early Development – Second edition (IED-II)*. North Billerica, MA : Curriculum Associates.

Évaluation du développement à l'âge préscolaire

- Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A., & Roever, C. (2005). A comparison of Canadian and Australian paediatric occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 12(3), 137-161.
- Brownell, R. (2000a). *Expressive One-Word Picture Vocabulary Test – 2000 edition*. Novato, CA : Academic Therapy Publications.
- Brownell, R. (2000b). *Receptive One Word Picture Vocabulary Test – II*. New York, NY : Academic Therapy Publications.
- Bruininks, R. H. (1978). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency – Owners manual*. Circle Pines, MN : American Guidance System.
- Bruininks, R. H., & Bruininks B. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency – Second edition*. Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Bzoch, K.R., League, R., & Brown, V.L. (2003). *Receptive-Expressive Emergent Language Test –Third edition (REEL-3)*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Cairney, J., Veldhuizen, S., & Szatmari, P. (2010). Motor coordination and emotional behavioral problems in children. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 324-329.
- Campbell, J. M., Brown, R.T., Cavanagh, S.E., Vess, S. F., & Segall, M. J. (2008). Evidence-based Assessment of Cognitive Functioning in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 999-1014.
- Carrow-Woolfolk, E. (1999a). *Comprehensive Assessment of Spoken Language*. Circle Pines, MN : American Guidance Service, Inc.
- Carrow-Woolfolk, E. (1999b). *Test for Auditory Comprehension of Language-3 (TACL-3)*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Carter, A. S. (2010). The field of toddler/preschool mental health has arrived – On a global scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1181-1182.
- Carter, A. S., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Wang, J., Lord, C., Dawson, G., Fombonne, E., Loveland, K., Mesibov, G., & Shopler, E. (1998). The Vineland Adaptive Behavior Scales : Supplementary norms for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(4), 287-312.
- Carter, A. S., Wagmiller, R. J., Gray, S. A. O., McCarthy, K. J., Horwitz, S. M., & Briggs-Gowan, M. J. (2010). Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry : Sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7), 686-698.
- Chevrie-Muller, C. (1999). Exploration du langage oral. In C. Chevrie-Muller & J. Narbona (Éds), *Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques* (p. 67-97). Paris : Masson.
- Chevrie-Muller, C., Simon, A. M., Le Normand, M. T., & Fournier, S. (1997). *Batterie d'évaluation psycholinguistique (BEPL-A)*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Chevrie-Muller, C., & Plaza, M. (2001). *Nouvelles épreuves pour l'examen du langage (N-EEL)*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Cohen, D., Lanthier-Gazzano, O., Chauvin, D., Angeard-Durand, N., Bénézio, R., Leblond, N., Plaza, M., & Mazet, P. (2004). La place du psychiatre dans la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 442-447.
- Cohen, L. L., La Greca A. M., Blount, R. L., Kazake, A. E., Grayson, N. H., & Kathleen L. L. (2008). Introduction to special issue : Evidence-based assessment in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 911-915.
- Cohen, M. J. (2001). *Échelle de mémoire pour enfants*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Cohen, N. J., Menna, R., Vallance, D. D., Barwick, M. A., Im, N., & Horodezky, N. B. (1998). Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(6), 853-864.
- Colarusso, R. P., & Hammill D. (2003). *Motor-Free Visual Perception Test – Third edition*. Ann Arbor, MI : Academic Therapy Publications, Inc.

- Collège des médecins 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*. Québec : Auteur.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme. L'évaluation clinique*. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec. Québec : Auteur.
- Council on children with disabilities, section on developmental behavioral pediatrics, bright futures steering committee and 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.
- Cowley, J., & Glasgow, C. (1994). *The Renfrew Bus Story, North American Edition*. Orchard Park, NY : Learning Tools LLC.
- Darsaklis, V., Snider, L. M., Majnemer, A., & Mazer, B. (2013). Assessments used to diagnose developmental coordination disorder : Do their underlying constructs match the diagnostic criteria? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(2), 186-198.
- Denckla, M. B., & Rudel, R. (1974). Rapid "automatized" naming of pictured objects, colors, letters and numbers by normal children. *Cortex*, 10(2), 186-202.
- DiSimoni, F. (1978). *Token Test for children (TTFC)*. Boston, MA : Teaching Resources.
- Dossetor, D., Santhanam, R., Rhodes, P., Holland, T. J., & Nunn K. P. (2005). Developmental neuropsychiatry : A new model of psychiatry for young people with and without intellectual disability? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 277-303.
- Dunn, L. M., & Dunn, D. M. (2007). *Peabody Picture Vocabulary Test – Fourth edition*. Minneapolis, MN : NCS Pearson.
- Dunn, L. M., & Dunn, L. M. (1997). *Peabody Picture Vocabulary Test – Third edition*. Circle Pines, MN : American Guidance Service, Inc.
- Dunn, L. M., Thériault-Whalen, C. M., & Dunn, L. M. (1993). *Échelle de vocabulaire en images Peabody* [Adaptation française du Peabody Picture Vocabulary Test–revised]. Toronto (Ontario) : Psycan.
- Dunn, W. (1981). *A guide to testing clinical observations in kindergartners*. Rockville, MD : The American Occupational Therapy Association, Inc.
- Dunn, W. (1999). *Sensory Profile user's manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Dunn, W. (2006). *Profil sensoriel*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- EBSCO Publishing. (2013). *Mental measurements yearbook with tests in print*. Nebraska : Burors Institute of Mental Measurements.
- Edwards, S., Fletcher, P., Garman, M., Hughes, A., Letts, C., & Sinka, I. (1997). *The Reynell Developmental Language Scales III : The University of Reading edition*. Windsor, UK : NFER-Nelson.
- Edwards, S., Letts, C., & Sinka, I. (2011). *Reynell Developmental Language Scales – Fourth edition*. London, UK : GL Assessment.
- Elliott, C. D. (1990). *Differential Ability Scales*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Elliott, C. D. (2007). *Differential Ability Scales – Second Edition*. San Antonio, TX : Pearson.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y., Shin Kim, Y., Kauchali, S., Marcin, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Taghi Yasamy, M., & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5, 160-179.
- Fenson, L., Dale, P. S., Reznick, J. S., Bates, E., Pethick, S. J., Hartung, J., & Reilly J. (1993). *The MacArthur Communicative Development Inventories : User's guide and technical manual*. San Diego, CA : Singular Publishing Group.
- Fenson, L., Marchman, V., Thal, D., Dale, P., Reznick, S., & Bates, E. (2006). *The MacArthur Communicative Development Inventories : User's guide and technical manual (second edition)*. Baltimore, MD : Brookes Publishing.
- Ferrand, P. (2000). *PER 2000 : Protocole d'évaluation rapide*. Isbergues : Ortho Édition.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, S., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Kallen, R. J., Levy, S. E., Minshew, N. J., Ozonoff, S.,

Évaluation du développement à l'âge préscolaire

- Prozant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S. W., Tuchman, R. F., & Volkmar, F. R. (2000). Practice parameter : Screening and diagnosis of autism. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 55(4), 468-479.
- Fisher, A. G., & Bray Jones, K. (2010a). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1 : Development, standardization, and administration manual (seventh edition)*. Fort Collins, CO : Three Star Press.
- Fisher, A. G., & Bray Jones, K. (2010b). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 2 : User manual (seventh edition)*. Fort Collins, CO : Three Star Press.
- Flynn, J.R. (1987). Massive IQ gains in 14 nations : what IQ tests really measure. *Psychology Bulletin*, 101(2), 171-191.
- Folio, M. R., & Fewell, R. R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales – Second edition*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Ford, L., Swart, S., Negreiros, J., Lacroix, S., & McGrew, K. S. (2010). *Use of the Woodcock-Johnson III NU Tests of Cognitive Abilities and Tests of Achievement with Canadian Populations (Woodcock-Johnson III Assessment Service Bulletin No. 12)*. Rolling Meadows, IL : Riverside Publishing.
- Fortin, C. (1994). *Étude pilote d'adaptation québécoise du Miller Assessment for Preschoolers (MAP)*. Mémoire de maîtrise (éducation) inédit. Université du Québec à Chicoutimi.
- Frank, I., Poulin-Dubois, D., & Trudeau, N. (1997). *Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication : Mots et énoncés*. [Adaptation québécoise du MacArthur Communicative Development Inventory : Words and sentences]. Montréal : Document inédit. En ligne : http://www.eoa.umontreal.ca/agora_etudiants/ressources/inventairesMacArthurBates.html
- Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Bresnick, B., Maschka, P., Edelman, N., Shapiro, H. (1992). *Denver II – Denver Developmental Screening Test*. Denver : Denver Developmental Materials, Inc.
- Friberg, J.C. (2010). Considerations for test selection : How do validity and reliability impact diagnostic decisions? *Child Language Teaching and Therapy*, 26(1), 77-92.
- Garcia, L.J., Paradis, J., Sénécal, I., & Laroche, C. (2006). Utilisation et satisfaction à l'égard des outils en français évaluant les troubles de la communication. *Revue d'orthophonie et d'audiologie*, 30(4), 239-249.
- Gardner, M. F. (1979). *Expressive One-Word Picture Vocabulary Test*. Novato, CA : Academic Therapy.
- Gardner, M. F. (1996). *Test of Visual Perceptual Skills (Non-Motor) – Revised (TVPS-R)*. San Francisco, CA : Psychological and Educational Publications.
- Gaul Bouchard, M.-E., Fitzpatrick, E. M., & Olds, J. (2009). Analyse psychométrique d'outils d'évaluation utilisés auprès des enfants francophones. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 33(3), 129-139.
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry : Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in Developmental Disability*, 31(6), 1543-1551.
- Gilliam, W. S., & Mayes, L. C. (2004). Integrating clinical and psychometric approaches : Developmental assessment and the infant mental health evaluation. In R. DelCamen-Wiggins & A. Carter (Éds), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (p. 185-203). New York, NY : Oxford University Press.
- Gioia, G. A., Espy, K. A., & Isquith, P. K. (2003). *The Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool version (BRIEF-P)*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Golomb, M. R., Garg, B. P., & Williams, L. S. (2004). Measuring gross motor recovery in young children with early brain injury. *Pediatric Neurology*, 31(5), 311-317.
- Griffiths, R. (1970). *The abilities of young children : A comprehensive system of mental measurement for the first eight years of life*. London, UK : Child Development Research Centre.
- Griffiths, R. (1996). *The Griffiths Mental Development Scales 1996 revision*. Henley, UK : Association for Research in Infant and Child Development, Test Agency.

- Grondhuis, S. N., & Mulick, J. A. (2013). Comparison of the Leiter International Performance Scale-Revised and the Stanford-Binet Intelligence Scales, 5th Edition, in Children with Autism Spectrum Disorders. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 118(1), 44-54.
- Groupe Coopératif en Orthophonie-Région Laval, Laurentides, Lanaudière. (1999). *Épreuve de compréhension de Carrow-Woolfolk, adaptation du TACL-R*. Montréal (Québec) : Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec.
- Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. A. (1992). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, standardization and administration manual*. Boston, MA : Trustees of Boston University.
- Hammill, D. D., & Newcomer, P. L. (2008). *Test of language development-Primary* (4^e éd.). Austin, TX : PRO-ED.
- Hammill, D. D., Pearson, N. A., & Voress, J. K. (1993). *Developmental Test of Visual Perception – Second edition*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Hammill, D. D., Pearson, N. A., & Voress, J. K. (2013). *Developmental Test of Visual Perception – Third edition*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Harrison, P.L. & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System II*. San Antonio, TX : Harcourt Assessment, Inc.
- Henderson, S. E., & Sugden, D. A. (1992). *Movement Assessment Battery for Children*. Kent, UK : The Psychological Corporation.
- Henderson, S. E., & Sugden, D. A., Soppelsa R., & Albaret, J. M. (2004). *Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Henderson, S. E, Sugden, D. A., & Barnett, A. (2007). *Movement Assessment Battery for Children – Second edition*. London, UK : The Psychological Corporation.
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment : A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(2), 149-171.
- Horwitz, S. H., Gary, L. A., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, S. C. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6), 1373-1378.
- Hundal, J. S., & Morris, J. (2011). Clinical validity of the Children's Category Test-Level 2 in a mixed sample of school-aged children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(4), 331-339.
- Johnson, S., & Marlow, N. (2006). Developmental screen or developmental testing? *Early Human Development*, 82, 173-183.
- Josse, D. (1997). *Brunet-Lézine révisé : Échelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Paris : Les Éditions et Applications Psychologiques (EAP).
- Kadar, M., McDonald, R., & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 284-293.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) interpretative manual*. Circle Pines, MN : American Guidance Service, Inc.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1993). *Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Kaufman, A. S., & Kaufman N. L. (2004). *Kaufman Assessment Battery for Children – Second edition*. Circle Pines, MN : American Guidance Service, Inc.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2008). *Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant – 2^e édition*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Keith, T.Z. & Reynolds, M.R. (2010). Cattell-Horn-Carroll Abilities and Cognitive Tests : What we've learned from 20 Years of Research. *Psychology In the Schools*, 47(7), 635-650.
- Khomsî, A. (1987). *Épreuve d'évaluation des stratégies de compréhension en situation orale O 52*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Khomsî, A. (2001). *Évaluation du langage oral*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Kisker, E. E., Boller, K., Nagatoshi, C., Sciarrino, C., Jethwani, V., Zavitsy, T., Ford, M., & Love, J. M. (2003). *Resources for measuring services and outcomes in Head Start programs serving infants and toddlers*. Prepared for RC Cohen, Child Outcomes

Évaluation du développement à l'âge préscolaire

- Research and Evaluation, Administration for Children and Families, US Department of Health and Human Services. En ligne : <http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/perf_measures/reports/resources_measuring/resources_for_measuring.pdf>
- Korkman, M., Kirk, U., & Fellman, V. (1998). *NEPSY : A developmental neuropsychological assessment*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. L. (2003). *NEPSY. Bilan neuropsychologique de l'enfant*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. L. (2007a). *NEPSY II : Administrative manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. L. (2007b). *NEPSY II : Clinical and interpretative manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Law, J. (1999). It's not just the pigs... A comment on the RDLS III. *International Journal of Communication Disorders*, 34(2), 181-184.
- Leevers, H. J. Rowsler, C. P., Flax, J., & Benasich, A. (2005). The Carter Neurocognitive Assessment for children with severely compromised expressive language and motor skills. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 46(3), 287-303.
- Luiz, D., Barnard, A., Knosen, N., Kotras, N., Horrocks, S. McAlinden, P., Challis, D., & O'Connell, R. (2006). *Griffiths Mental Development Scales – Extended Revised : 2 to 8 years (GMDs-ER 2-8)*. Oxford, UK : Hogrefe.
- Macias, M., Saylor, C., Watson, M., & Spratt, E. (1998). Children with both developmental and behavioral needs : Profile of two clinic populations. *Child Psychiatry Human Development*, 28(3), 135-148.
- Mäntynen, H., Poikkeus, A. M., Ahonen, T., Aro, T., & Korkman, M. (2001). Clinical significance of test refusal among young children. *Child Neuropsychology*, 7(4), 241-250.
- Markwardt, F. C. (1998). *Peabody Individual Achievement Test – Revised – Normative update (PIAT-R/NU)*. Circle Pines, MN : American Guidance Service, Inc.
- Martin, N. A. (1997). *Test of Visual-Motor Skills-3 (TVMS-3)*. Novato, CA : Academic Therapy Publications.
- Martin, N. A. (2006). *Test of Visual Perceptual Skills (TVPS) – Third edition*. Hydesville, CA : Psychological and Educational Publications.
- Martin, N. A., & Brownell, R. (2010a). *EOWPVT-4 : Expressive One-Word Picture Vocabulary Test – Fourth edition*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Martin, N. A., & Brownell, R. (2010b). *ROWPVT-4 : Receptive One-Word Picture Vocabulary Test – Fourth edition*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (2005). Evidence-based assessment of child and adolescent disorders : Issues and challenges. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 362-379.
- Mayer, M. (1969). *Frog, where are you?* New York, NY : Dial Press.
- McCauley, S. R., Wilde, E. A., Anderson, V. A., Bedell G., Beers, S. R., Campbell, T. F., Chapman, S. B., Ewing-Cobbs, L., Gerring, J. P., Gioia, G. A., Levin, H. S., Michaud, L. J., Prasad, M. R., Swaine, B. R., Turkstra, L. S., Wade, S. L., & Yeates, K. O. (2012). Recommendations for the Use of Common Outcome Measures in Pediatric Traumatic Brain Injury Research. *Journal of Neurotrauma*, 29, 678-705.
- McGhee, R. L., Ehrlert, D., & DiSimoni, F. (2007). *Token Test For Children – Second edition (TTFC 2)*. Austin, TX : Pro-Ed.
- McWhinney, B. (2000). *The CHILDES project : Tools for analyzing talk (third edition)*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Meyers, J.E., & Meyers, K. (1996). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial : Supplemental norms for children and adolescents*. Lutz, FL : PAR.
- Miller, L. J. (1988). *Miller Assessment for Preschoolers (MAP)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Moran-Finello, K. (2011). Collaboration in the assessment and diagnosis of preschoolers : Challenges and opportunities. *Psychology in the Schools*, 48(5), 442-453.
- Msall, M. E. (2005). Measuring Functional Skills in Preschool Children at Risk for Neurodevelopmental Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 263-273.

- Msall, M. E., DiGaudio, K., Duffy, L. C., LaForest, S., Braun, S., & Granger, C. V. (1994). WeeFIM : Normative sample of an instrument for tracking functional independence in children. *Clinical Pediatrics*, 33(7), 431-438.
- Mullen, E. M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*. Circle Pines, MN : American Guidance Services.
- Nagle, R. J. (2007). Issues in preschool assessment. In B. A. Bracken, & R. J. Nagle (Éds), *Psychoeducational assessment of preschool children* (4^e éd.) (p. 39-48). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Newborg, J., Stock, J. R., Wnek, L., Guidibaldi, J. E., & Svinicki, J. (1987) *Battelle Developmental Inventory (Recalibrated norms)*. Allen, TX : DLM.
- Newcomer, P. & Hammill, D. D. (1997). *Test of Language Development – Primary, Third edition*. Austin, TX : PRO-ED.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). (2004). *Guide et outils cliniques : Trouble primaire du langage/Dysphasie*. Montréal : OOAQ.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (2006). *Lignes directrices pour l'évaluation d'un enfant en vue d'une demande de dérogation à l'âge d'admission à l'école*. Montréal : OPQ.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (2007). *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*. Montréal (Québec) : OPQ.
- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1998). *Progressive Matrices Couleurs (PM 38)*. Paris : Éditions et Applications Psychologiques (EAP).
- Renfrew, C. (1997). *Renfrew Language Scales – Action Picture Test*. Bicester, UK : Speechmark Publishing.
- Reva, K. K., & Bardos, A. N. (2011). Assessing adaptive skills in a pediatric population. In A. S. Davis (Éd.), *The handbook of pediatric neuropsychology* (p. 245-250). New York, NY : Springer Publishing Company, LLC.
- Roid, G. H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales : Fifth edition, technical manual*. Itasca, IL : Riverside Publishing.
- Roid, G. H., & Miller, L. J. (1997). *Leiter International Performance Scale – Revised*. Wood Dale, IL : Stoelting Co.
- Roid, G. H., Miller, L. J., Pomplun, M., & Koch, C. (2013). *Leiter International Performance Scale, Third Edition (Leiter-3)*. Wood Dale, IL : Stoelting Co.
- Roussy, E., Duchesne, G., & Beauséjour, G. (2009). WISC-IV : choisir les normes pour la population québécoise. *Psychologie Québec*, 26(3), 11-13.
- Rossetti, L. (1990). *Infant-Toddler Language Scale*. East Moline, IL : LinguiSystems.
- Semel, E. M., Wiig, E. H., & Secord, W. A. (1995). *Clinical Evaluation Of Language Fundamentals – Third edition (CELF-3)*. Toronto : The Psychological Corporation / A Harcourt Assessment Company.
- Semel, E. M., Wiig, E. H., & Secord, W. A. (2003). *Clinical Evaluation Of Language Fundamentals – Fourth edition (CELF-4)*. Toronto : The Psychological Corporation / A Harcourt Assessment Company.
- Shulman, B. (1986). *Test of Pragmatic Skills – Revised*. Tucson, AZ : Communication Skill Builders.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales : Interview Edition, Survey Form Manual*. Circle Pines, MN : American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales – Second edition*. Circle Pines, MN : American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., & Davis, S. M. (2000). Recent advances in the assessment of intelligence and cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 117-131.
- Speechmark Publishing Ltd. (2001). *ColorCards® Basic Sequences*. Brackley, UK.
- Speechmark Publishing Ltd. (2005). *ColorCards® Basic Sequences*. Brackley, UK.
- Squires, J., & Bricker, D. (2009). *Ages and Stages Questionnaire – Third edition*. Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing.
- Sternberg, R. J., Grigorenko, E., & Bundy, D. A. (2001). The predictive value of IQ. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47(1), 1-41.

Évaluation du développement à l'âge préscolaire

- Stuhec, V. & Gisel, E.G. (2003). Compliance with Administration Procedures of Tests for Children with Pervasive Developmental Disorders : Does it Exist? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 33-41.
- Talbot, G. (1993). *Batterie d'évaluation Talbot*. Montréal (Québec) : Service d'ergothérapie de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Thomas, M., & Karmiloff-Smith, A. (2002). Are developmental disorders like cases of adult brain damage? Implications from a connectionist modelling. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(6), 727-788.
- Thordardottir, E., Keheyia, E., Lessard, N., Sutton, A., & Trudeau, N. (2010). Typical performance on tests of language knowledge and language processing of French-speaking 5-year-olds. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 34(1), 5-16.
- Thordardottir, E., Kehayia, E., Mazer, B., Lessard, N., Majnemer, A., Sutton, A., Trudeau, N. & Chilingaryan, G. (2011). Sensitivity and Specificity of French Language and Processing Measures for the Identification of Primary Language Impairment at Age 5. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 580-597.
- Trudeau, N., Frank, I., & Poulin-Dubois, D. (2008). *Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication : Manuel technique et guide de l'utilisateur*. En ligne : <http://www.eoa.umontreal.ca/documents/pdf/docMacArthurBates_Manuel_MacArthur.pdf>.
- Vaivre-Douret, L. (1997). *Évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) [révision et adaptation du test de Bergès-Lézine]*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Wallon, P., & Mesmin, C. (2009). *Guide d'utilisation et d'interprétation des Figures Complexes de Rey A et B*. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).
- Wechsler, D. (1989). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2004). *WPPSI-III^{can}-F Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire-troisième édition-version pour francophones du Canada*. Toronto : Harcourt Assessment Inc.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IVCDN-F Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, quatrième édition, version pour francophones du Canada. Manuel de normes québécoises*. Toronto : Harcourt Assessment.
- Wetherby, A.M., & Prizant, B.M. (1993). *Communication and Symbolic Behavior Scale (CSBS)*. Chicago, IL : Riverside Publishing.
- Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2002). *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP)*. Baltimore, MD : Paul H. Brookes.
- Wiig, E. H., Secord, W. A., & Semel, E. M. (1992). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Preschool (CELF-P)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Wiig, E. H., Secord, W. A., & Semel, E. M. (2004). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool – Second edition*. Toronto : The Psychological Corporation / A Harcourt Assessment Company.
- Wiig, E. H., Secord, W. A., Semel, E. M., Boulianne, L., & Labelle, M. (2009). *Évaluation clinique des notions langagières fondamentale — version pour francophones du Canada*. Toronto : Pearson Assessment.
- Wilson, P. (2005). Practitioner Review : Approaches to assessment and treatment of children with DCD : an evaluative review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 806-823.
- Wolf, M., & Denckla, M. B. (2005). *RAN/RAS : Rapid Automatized Naming and Rapid Alternating Stimulus Tests*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Woodcock, R. W., McGrew, K. S., & Mather, N. (2001a). *Woodcock-Johnson III Tests of achievement*. Itasca, IL : Riverside Publishing.
- Woodcock, R. W., McGrew, K. S., & Mather, N. (2001b). *Woodcock-Johnson III Tests of cognitive abilities*. Itasca, IL : Riverside Publishing.
- Youngstrom, E., LaKind, J. S., Kenworthy, L., Lipkin, P.H., Goodman, M., Suibb, K., Mattison, D. R., Anthony, B. J. & Gutermuth Anthony, L. (2010). Advancing the Selection of Neurodevelopmental Measures in Epidemiological Studies of Environmental Chemical

- Exposure and Health Effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 229-268.
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G., & Pond, R. E. (1992). *Preschool Language Scale-3 (PLS-3)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G., & Pond, R. E. (2002). *The Preschool Language Scale – Fourth edition (PLS-4)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G., & Pond, R. E. (2011). *The Preschool Language Scale – Fifth edition (PLS-5)*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.

RÉSUMÉ

Une recension a permis de constituer un répertoire de 181 mesures (en anglais ou en français) d'évaluation du développement général, cognitif, langagier et des fonctions sensorimotrices des enfants d'âge préscolaires. Selon les réponses de 26 experts consultés, seulement 66,8 % de ces mesures sont connues; 38,7 % furent recommandées par 2 répondants ou plus et 6,7 % par 10 ou plus. La majorité des instruments populaires sont en anglais et certains sont désuets ou peu validés. Un plus grand intérêt envers ce type d'évaluation est nécessaire pour favoriser une pratique évaluative auprès des jeunes enfants basée sur les données probantes et tenant compte des réalités locales.

MOTS CLÉS

développement, enfants d'âge préscolaire, outils d'évaluation, psychiatrie factuelle, pratique clinique, multidisciplinaire

ABSTRACT

All available French or English measures designed to assess preschool age children's general, cognitive, language and sensorimotor development were identified. Experts (n=26) were then asked to review the 181 measures documented. Results revealed that 66.8 % of the tools were known, 38.7 % were recommended by two or more experts and 6.7 % by 10 experts or more. The majority of the more popular measures were in English and some had very little or outdated validation. An increased interest toward evidence-based assessment taking local aspects into account is necessary to improve clinical practice with young children.

KEY WORDS

development, preschool age children, assessment tools, evidence-based psychiatry, clinical practice, multidisciplinary

Tableau 1

Les 4 épreuves de développement général ou global recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Miller Assessment for Preschoolers (MAP)</i> (Miller, 1988) Traduction et adaptation québécoise (Fortin, 1994) 2 :9 – 5 :8 ans	Développement sensori-moteur, cognition verbale et non verbale, visuo-spatial	N = 1,200 (1982) États-Unis	15	7 (47 %)	5 (71 %)
<i>Test non verbal Borel-Maisonny</i> (Protocole d'Évaluation Rapide – PER) (Ferrand, 2000) 1 :6 – 5 :6 ans	Déterminer rapidement le niveau mental d'un enfant.	Non disponible France	15	6 (40 %)	4 (67 %)
<i>Ages and Stages Questionnaire-ASQ-2</i> (Bricker & Squires, 1999) 0 :4 – 5 :0 ans *ASQ-3 (Squires & Bricker, 2009) 0 :1 – 5 :6 ans	Questionnaire parental. Communication, motricité globale et fine, résolution de problèmes et personnel-social.	N = 2,328 (1999) N = 12,695 (2009) États-Unis	14	5 (36 %)	4 (80 %)
<i>Brigance Diagnostic Inventory of Early Development (IED-R)</i> (Brigance, 1991) *IED-II (Brigance, 2004) 0 – 7 :0 ans	Motricité, autonomie, langage, connaissances, développement social et émotionnel, mathématiques et lecture.	N = 1,156 (1991) N = 1,171 (2004) États-Unis	14	8 (57 %)	2 (25 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 15 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les épreuves de développement général ou global : 8 psychologues, 3 orthophonistes, 4 ergothérapeutes. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.

Tableau 2

Les 3 échelles développementales recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Bayley Scales of Infant Development BSID-II</i> (Bayley, 1993) <i>*BSID-III</i> (Bayley, 2005) 0 :1 – 3 :6 ans	Échelles de développement mental, moteur et de comportements	N = 1,700 (1993) N = 1,700 (2005) États-Unis	15	13 (87 %)	9 (69 %)
<i>Griffiths Mental Development Scales (GDMS)</i> (Griffiths, 1970); 0 – 8 ans (Griffiths, 1996) 0 – 2 ans <i>*GDMS-ER</i> (Luiz et al., 2006) 2 – 8 ans	Locomotion, personnel-social, comportement et langage, coordination œil-main, performance	N = 2,260 (1970) N = 665 (1996) N = 1,026 (2006) Angleterre	15	14 (93 %)	7 (50 %)
<i>Mullen Scales of Early Learning (MSEL)</i> (Mullen, 1995) 0 – 5 :8 ans	Motricité globale et fine, réception visuelle, langage	N = 1,849 (1995) États-Unis	15	6 (40 %)	4 (67 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 16 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les échelles développementales : 9 psychologues, 3 orthophonistes, 4 ergothérapeutes. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.

Tableau 3

Les 14 instruments d'évaluation cognitive recommandés par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Rey Complex Figure Test</i> (Meyers & Meyers, 1996) * <i>Figures Complexes de Rey A et B</i> (Wallon & Mesmin, 2009) 4 :0 – 15 :0 ans	Copie d'une figure géométrique, organisation spatiale.	N = 505 (1996) États-Unis N = 1,800 (2009) France	15	14 (93 %)	12 (86 %)
<i>Leiter-R</i> (Roid & Miller, 1997) : 2 :0 – 20 :0 ans * <i>Leiter-3</i> (Roid, Miller, Pomplun, & Koch, 2013) 3 ans et plus	Raisonnement non verbal. Attention et mémoire.	N = 1,719 (1997) N > 1,600 (2013) États-Unis	14	13 (93 %).	10 (77 %)
<i>WPPSI-III^{CDN-F}</i> (Wechsler, 2004) Traduction standardisée en français 2 :6 – 3 :11 ans et 4 :0 – 7 :3 ans	QI verbal, non verbal, vitesse de traitement et langage général.	N = 700 (2004) Canada	13	13 (100 %)	10 (77 %)
<i>NEPSY</i> (Korkman, Kirk, & Fellman, 1998) Adaptation française (Korkman, Kirk, & Kemp, 2003); 3 – 12 :11 ans * <i>NEPSY-II</i> (Korkman, Kirk, & Kemp, 2007 ^{a,b}) 3 – 16 :11 ans	Attention et fonctions exécutives, sensori-moteur, visuo-spatial, mémoire et apprentissage.	N = 1000 (1998) États-Unis N = 325 (2003) France	14	11 (79 %)	8 (73 %)
<i>Raven's Coloured Progressive Matrices (CPM) / Matrices de couleur de Raven</i> (Raven, Court, & Raven, 1998) 4 :0 – 11 :6 ans	Raisonnement non verbal	N = 1,064 (1998) France	14	12 (86 %)	6 (50 %)
<i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised (WPPSI-R)</i> ; Wechsler, 1989) 3 :0 – 7 :3 ans	Échelles performance et verbale	N = 1,700 (1989) États-Unis	13	12 (92 %)	6 (50 %)

Tableau 3 (suite)

Les 14 instruments d'évaluation cognitive recommandés par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Children's Memory Scale (CMS) / Échelle de Mémoire pour Enfants</i> (Cohen, 2001) 5 :0 – 16 :11 ans	Mémoire et apprentissage : auditif/verbal, attention/ concentration.	N = 450 (2001) France	14	5 (36 %)	5 (100 %)
<i>Stanford-Binet – 5th Edition (SB-5; Roid, 2003)</i> 2 :0 ans et plus	Raisonnement fluide, connaissances, traitement visuo-spatial, mémoire.	N = 4,800 (2003) États-Unis	14	11 (79 %)	5 (45 %)
<i>Behavior Rating Inventory of Executive Function -Preschool version (BRIEF-P; Gioia, Espy, & Isquith, 2003)</i> 2 :0 – 5 :11 ans	Questionnaires pour parents ou enseignants. Auto-contrôle, flexibilité et métacognition.	N = 460 parents N = 302 enseignants (2003) États-Unis	13	5 (38 %)	4 (80 %)
<i>Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC; Kaufman & Kaufman, 1983) Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant</i> (Kaufman & Kaufman, 1993) 2 :6 – 12 :6 ans	Traitement séquentiel ou simultané verbal et non verbal	N = 2,000 (1983) États-Unis N = 1,200 (1993) France	14	10 (71 %)	4 (40 %)
<i>Peabody Individual Achievement Test – Revised – Normative update (PIAT-R/NU; Markwardt, 1998)</i> 5 – 22 :11 ans	Rendement académique	N>3,000 (1998) États-Unis	14	6 (43 %)	4 (67 %)
<i>Woodcock-Johnson III (WJ-III)</i> (Woodcock, McGrew, & Mather, 2001 ^{a,b}); * <i>WJ-III-NU</i> (Ford, Swart, Negreiros, Lacroix & McGrew, 2010) 2 :0 ans et plus	Habilités cognitives et rendement académique.	N = 8,818 (2001) N = 310 (2010) Canada	15	6 (40 %)	4 (67 %)

Tableau 3 (suite)

Les 14 instruments d'évaluation cognitive recommandés par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Kaufman Assessment Battery for Children – 2^e Edition (KABC-II; Kaufman & Kaufman, 2004)</i> *Édition française <i>KABC-II</i> (Kaufman & Kaufman, 2008) 3 :0 – 18 ans	Échelles : simultané, séquentiel, planification, apprentissage, connaissances.	N = 3,025 (2004) États-Unis N = 1,200 (2008) France	14	6 (43 %)	3 (50 %)
<i>Children's Category Test (CCT; Boll, 1993)</i> 5 :0 – 16 :11 ans	Apprentissage et mémoire non verbale; formation de concepts et résolution de problèmes.	N = 920 (1993) États-Unis	14	3 (21 %)	2 (67 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 16 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les instruments d'évaluation cognitive : 9 psychologues, 3 orthophonistes, 4 ergothérapeutes. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.

Tableau 4

Les 12 batteries d'évaluation du langage recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Reynell Developmental Language Scales-III (RDLS-III</i> : Edwards et al., 1997); 1 :3 – 7 :6 ans; * <i>NRDLS-4</i> (Edwards, Letts, & Sinka, 2011); 3 :0 – 7 :6 ans	Langage réceptif, langage expressif.	N = 1,076 (1997) Angleterre N = 1,200 (2011) Angleterre	14	13 (93 %)	11 (85 %)
<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool (CELF-P</i> : Wiig, Secord, & Semel, 1992); * <i>CELF-P-2</i> (Wiig, Secord, & Semel, 2004) 3 :0 – 6 :11 ans	Langage réceptif, langage expressif	N = 1,500 (1992) N = 800 (2004) États-Unis	14	11 (79 %)	10 (91 %)
<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals Test (CELF-4</i> : Semel, Wiig, & Secord, 2003); 5 :0 – 21 ans * <i>CELF^{CDNF}</i> (Wiig, Secord, Semel, Boulianne, & Labelle, 2009) 4:0-16 ans	Langage réceptif, langage expressif	N = 2,650 (2003) États-Unis N = 460 (2009) Québec	14	11 (79 %)	10 (91 %)
<i>Nouvelles Épreuves pour l'Examen du Langage (N-EEL</i> : Chevrie-Muller & Plaza, 2001) 3 :7 – 6 :6 ans et 6 :6 – 8 :7 ans	Langage réceptif, langage expressif, processus cognitifs	N = 541 (2001) France	14	7 (50 %)	6 (86 %)
<i>Rossetti Infant-Toddler Language Scale</i> (Rossetti, 1990) 0 – 2 :11 ans	Observations et informations fournies par les parents.	Test à critères États-Unis	14	9 (64 %)	6 (67 %)
<i>Test of Auditory Comprehension of Language-3 (TACL-3</i> ; Carrow-Woolfolk, 1999b) Adaptation québécoise (Groupe Coopératif en orthophonie – Région Laval, Laurentides, Lanaudière, 1999) 3 :0 – 9 :11 ans	Langage réceptif (sémantique, morphologie, syntaxe).	N = 1,102 (1999) États-Unis N = 367 (5- 8 ans) (1999) Québec	14	8 (57 %)	6 (75 %)

Tableau 4 (suite)

Les 12 batteries d'évaluation du langage recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Preschool Language Assessment Instrument (PLAI</i> : Blank, Rose, & Berlin, 1978 ^{a,b}); * <i>PLAI-2</i> (Blank, Rose, & Berlin, 2003) 3 :0 – 5 :11 ans	Langage réceptif, langage expressif, mesure globale d'habileté du discours, niveaux d'abstraction verbale	N = 288 (1978) N = 463 (2003) États-Unis	14	6 (43 %)	4 (80 %)
<i>REEL-3</i> (Bzoch, League, & Brown, 2003) 0 – 2 :11 ans	Communication (réceptif et expressif); observation et rapport parental	N = 1,112 (2003) États-Unis	14	6 (43 %)	4 (67 %)
Épreuve du Langage Oral (ELO : Khomsi, 2001) 3 :0 – 11 :0 ans	Lexique, phonologie, répétition de mots	N = 970 (2001) France	14	5 (36 %)	4 (80 %)
<i>Preschool Language Scale (PLS-4</i> : Zimmerman, Steiner, & Pond, 2002) 0 – 6 :11 ans ; * <i>PLS-5</i> (Zimmerman, Steiner, & Pond, 2011) 0 – 7 :11 ans	Langage réceptif, langage expressif	N>1,500 (2002) N = 1,400 (2011) États-Unis	14	9 (64 %)	3 (33 %)
<i>Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS</i> : Wetherby & Prizant, 1993) <i>CSBS-Developmental Profile (DP)</i> (Wetherby & Prizant, 2002) 0 :6 – 2 :0 ans ; 0 :6 – 6 :0 ans si développement atypique	Jeu et questionnaire aux parents. Habiletés de communication, sociale et symbolique.	N = 330 (1993) N = 1,891 (2002) États-Unis	14	5 (36 %)	3 (60 %)
<i>Comprehensive Assessment of Spoken Language (CASL</i> : Carrow-Woolfolk, 1999a) 3 :0 – 21 ans	Langage réceptif, langage expressif	N = 1,700 (1999) États-Unis	14	4 (29 %)	3 (75 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 15 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les batteries d'évaluation du langage : 6 psychologues, 8 orthophonistes, 1 ergothérapeute. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.

Tableau 5

Les 17 mesures spécifiques du langage recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Échelle de Vocabulaire en Images Peabody (EVIP) : Dunn, Thériault-Whalen, & Dunn, 1993) 2 :6 – 18 :0 ans</i> Adaptation du <i>PPVT-R</i>	Vocabulaire réceptif	N = 2,038 (1993) Canada francophone	15	15 (100 %)	13 (87 %)
<i>Test des concepts de base de Boehm préscolaire (Boehm-P; Boehm, 1990)</i> <i>*Boehm-3P (Boehm, 2001); *Étalonnage français (Boehm, 2009)</i> 3 :0 – 3 :11 et 4 :0 – 5 :11 ans	Langage réceptif : 26 concepts de base (taille, direction, position)	N = 580 (1990) N = 660 (Boehm-3P, 2001) États-Unis	12	12 (100 %)	10 (83 %)
<i>Peabody Picture Vocabulary Test-3 (PPVT-3 : Dunn & Dunn, 1997)</i> <i>*PPVT-4 (Dunn & Dunn, 2007) 2 :6 ans et +</i>	Vocabulaire réceptif	N = 2,725 (1997) États-Unis	14	13 (93 %)	10 (77 %)
<i>Casse-tête d'évaluation de la phonologie (Bulle : Auger, 1994) (discontinué)</i>	Phonologie et articulation. Épreuve qualitative.	Pas de normes Québec	12	9 (75 %)	8 (89 %)
<i>Expressive One-Word Picture Vocabulary Tests (EOWPVT : Gardner, 1979; Brownell, 2000a) *EOWPVT-4 (Martin & Brownell, 2010a) 2 :0 ans et plus</i>	Vocabulaire expressif	N = 2,327 (2000) N > 2,400 (2010) États-Unis	13	7 (54 %)	7 (100 %)
<i>Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBDC) Traduction-adaptation du CDI (Frank, Poulin-Dubois, & Trudeau, 1997); *Validation-normalisation (Trudeau, Frank, & Poulin-Dubois, 2008)</i>	Questionnaires parentaux. Compréhension et expression (0 :8 – 1 :4 ans) ; expression (1 :4 – 2 :6 ans)	N = 1,363 (2008) Québec	13	10 (77 %)	7 (70 %)

Tableau 5

Les 17 mesures spécifiques du langage recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Épreuve d'évaluation des stratégies de compréhension en situation orale (O-52 : Khomsi, 1987) 3 :0 – 8 :0 ans</i>	Compréhension de phrases	N = 521 (1987) France	12	8 (67 %)	6 (75 %)
<i>Token Test For Children (TTFC : DiSimoni, 1978) *TTFC-2 (McGhee, Ehrler, & DiSimoni, 2007) 3 :0 – 11 :11 ans</i>	Langage réceptif (syntaxe et sémantique)	N = 1,304 (1978) N = 1,310 (2007) États-Unis	12	8 (67 %)	6 (75 %)
<i>L'examen des troubles phonologiques et phonétiques chez l'enfant (Bergeron, 2001)</i>	Phonologie et articulation. Épreuve qualitative.	Pas de normes Québec	12	9 (75 %)	6 (67 %)
<i>La Chute dans la boue (sous-test du N-EEL : Chevrie-Muller & Plaza, 2001) 3 :7 – 8 :7 ans</i>	Expression spontanée dans un récit d'après image	N = 541 (2001) France	13	7 (54 %)	6 (86 %)
<i>Frog, Where Are You? (Mayer, 1969) 4 :0 ans et plus</i>	Raconter / redire une histoire d'après un livre sans texte.	Livre d'images N/A	13	8 (62 %)	6 (75 %)
<i>MacArthur Communicative Development Inventories (CDI : Fenson et al., 1993) *CDI-2 (Fenson, Marchman, Thal, Dale, Reznick, & Bates, 2006) 0 :8 – 1 :4 ans et 1 :4 – 2 :6 ans</i>	Questionnaires parentaux Formes 8-16 mois et 16-30 mois.	Non disponibles (1993) N = 1,800 (2006) États-Unis	12	7 (58 %)	5 (71 %)
<i>Histoires en image / ColorCards (Speechmark Publishing Ltd, 2001) *(Speechmark Publishing Ltd, 2005) 4 :0 ans et plus</i>	Matériel d'intervention pouvant être utilisé pour évaluer l'organisation des contenus, les séquences et la narration.	Pas de normes	13	4 (31 %)	3 (75 %)

Tableau 5

Les 17 mesures spécifiques du langage recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Codes of the Human Analysis of Transcripts (CHAT : McWhinney, 2000)</i> Fourchette d'âge non indiquée	Convention de transcription et de codification à utiliser avec un logiciel informatique	Convention de transcription États-Unis	13	5 (39 %)	3 (60 %)
<i>Rapid Automated Naming and Rapid Alternating Stimulus (RAN/RAS : Denckla & Rudel, 1974) *RAN/RAS (Wolf & Denckla, 2005) 5 :0 – 18 :11 ans</i>	Capacité à nommer correctement et rapidement un symbole visuel	Non disponibles (1974) N = 1,461 (2005) États-Unis	13	4 (31 %)	2 (50 %)
<i>Receptive One-Word Picture Vocabulary Test (ROWPVT-II : Brownell, 2000b) 2 :0 – 11 :11 ans; *ROWPVT-4 (Martin & Brownell, 2010b) 2 :0 – 8 :11 ans</i>	Vocabulaire réceptif	N = 2,327 (2000) N = 2,400 (2010) États-Unis	12	6 (50 %)	2 (33 %)
<i>Test of Pragmatic Skills-R (TPS-R : Shulman, 1986) 3 :0 – 8 :11 ans</i>	Intentions de communiquer dans 10 catégories	N = 650 (1986) Angleterre	13	3 (23 %)	2 (67 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 15 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les mesures spécifiques du langage : 6 psychologues, 8 orthophonistes, 1 ergothérapeute. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.

Tableau 6

Les 16 mesures de motricité, perception et d'intégration sensori-motrice, recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Developmental Test of Visual Motor Integration (VMI-5</i> : Beery & Beery, 2004) <i>*VMI-6</i> (Beery, Buktenika, & Beery, 2010) 2 :0 ans et plus	Habilité de copiage de figures, perception visuelle et coordination motrice.	N = 2,512 (2004) N = 2,758 (2010) États-Unis	14	14 (100 %)	13 (93 %)
<i>Batterie d'évaluation Talbot révisée</i> (Talbot, 1993) 0 – 5 :11 ans	Motricité globale et fine, perceptivo-cognitif, autonomie	Pas de normes Québec	12	11 (92 %)	10 (91 %)
<i>Developmental Test of Visual Perception-2 (DTVP-2</i> : Hammill, Pearson, & Voress, 1993) 4 :0 – 9 :11 ans ; <i>*DTVP-3</i> (Hammill, Pearson, & Voress, 2013); 4 :0 – 12 :11 ans	Coordination oculomotrice, perception visuelle	N = 1,972 (1993) N = 1,035 (2013) États-Unis	12	12 (100 %)	10 (83 %)
<i>DeGangi-Berk Test of Sensory Integration (TSI</i> : Berk & DeGangi, 1983) 3 :0 – 4 :11 ans	Intégration sensorielle, bilatérale et des réflexes, contrôle postural	Absence de normes États-Unis	12	8 (66 %)	8 (100 %)
<i>Batterie d'évaluation des mouvements chez l'enfant (M-ABC</i> : Henderson & Sugden, 1992) Adaptation française (Henderson, Sugden, Soppelsa, & Albaret, 2004) 4 :0 – 12 :0 ans ; <i>*MABC-2</i> (Henderson, Sugden, & Barnett, 2007); 3 :0 – 16 :11 ans	Dextérité manuelle, coordination motrice, équilibre et questionnaire sur activités motrices quotidiennes.	N = 1,234 (1992) États-Unis N = 585 (2004) France N = 1,172 (2007) Angleterre	12	8 (66 %)	7 (88 %)
<i>Test of Visual Perceptual Skills-Revised (TVPS-R</i> : Gardner, 1996) 4 :0 – 12 :0 ans <i>*TVPS-3</i> (Martin, 2006) 4 :0 – 18 :11 ans	Discrimination visuelle, relations visuo-spatiales.	N = 1,032 (1996) N>2,000 (2006) États-Unis	12	8 (66 %)	7 (88 %)

Tableau 6

Les 16 mesures de motricité, perception et d'intégration sensori-motrice, recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Sensory Profile / Profil Sensoriel</i> (Dunn, 1999) *Traduction française (Dunn, 2006) 0 – 2 :11 ans et 3 :0 – 11 :11 ans	Questionnaire parentaux. Profils de réactivité selon différentes modalités sensorielles.	N = 1,037 (1999) États-Unis N = 561 (2006) France	11	6 (55 %)	5 (83 %)
<i>Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT : Bruininks, 1978)</i> ; 4 :6 – 14 :0 ans *BOT-2 (Bruininks & Bruininks, 2005) 4 :0 – 21 :11 ans	Motricité globale et fine	N = 765 (1978) N = 1,520 (2005) États-Unis	12	7 (58 %)	4 (57 %)
<i>Assessment of Motor and Process Skills (AMPS-5 : Bray, Fisher, & Duran, 2001)</i> *AMPS-7 (Fisher & Bray Jones, 2010 ^{a,b}); 2 ans et plus	Observation de l'exécution de tâches de la vie quotidienne, de la qualité du processus et des habiletés motrices	N>100,000 (2001) États-Unis	12	6 (50 %)	4 (67 %)
<i>Clinical Observation of Sensory Integration Dysfunction</i> (Dunn, 1981) 4 :0 – 5 :0 ans	Liste de vérification de signes neurologiques	Absence de normes États-Unis	12	5 (42 %)	4 (80 %)
<i>Sensory Integration and Praxis Tests (SIPT : Ayres, 1989)</i> 4 :0 – 8 :11 ans	Traitement sensoriel, perception et coordination	N = 1,997 (1989) États-Unis/Canada	11	7 (64 %)	3 (43 %)
<i>Test d'imitation de gestes</i> (Bergès & Lézine, 1978; Vaivre-Douret, 1997) 3 :0 – 5 :11 ans	Imitation de gestes, fonctions perceptivo-motrices.	N = 250 (1978) N = 428 (1997) France	13	6 (46 %)	3 (50 %)
<i>Peabody Developmental Motor Scales – 2nd Edition (PDMS-2 : Folio & Fewell, 2000)</i> 0 – 5 :11 ans	Motricité fine et globale.	N = 2,003 (2000) États-Unis/Canada	12	8 (66 %)	2 (25 %)

Tableau 6

Les 16 mesures de motricité, perception et d'intégration sensori-motrice, recommandées par au moins deux répondants.
Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Échelle de développement psychomoteur de la 1^{ère} enfance de Brunet-Lézine-Révisée</i> (Josse, 1997) 0 :2 – 2 :6 ans	Motricité fine et globale, compétences sociales, langage.	N = 1,055 (2001) France	14	8 (57 %)	2 (25 %)
<i>Motor-Free Visual Perception Test – 3rd Edition (MVPT-3</i> : Colarusso & Hammill, 2003) 4 :0 ans et plus	Habilités de perception visuelle	N = 1,856 (2003) États-Unis	12	6 (50 %)	2 (33 %)
<i>Test of Visual Motor Skills-3 (TVMS-3</i> : Martin, 1997) 3 :0 ans et plus	Copie de 26 formes	N = 2,610 (1997) États-Unis	12	4 (33 %)	2 (50 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 16 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les mesures de motricité, perception et d'intégration sensori-motrice : 5 psychologues, 4 orthophonistes, 7 ergothérapeutes. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.

Tableau 7

Les 4 mesures des comportements adaptatifs, recommandées par au moins deux répondants. Présentation par ordre décroissant du nombre de répondants qui recommandent positivement l'instrument.

Instrument et fourchette d'âge	Visée de l'instrument	Taille d'échantillon et provenance des normes	Nombre de répondants ¹	Répondants connaissant l'instrument	Recommandé positivement
<i>Vineland Adaptive Behavior Scales</i> (VABS : Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984) 0 – 18 :11 ans, ou adulte avec faible niveau de fonctionnement ; Supplément pour autistes : Carter et al. (1998)	Comportements adaptatifs : communication, vie quotidienne, socialisation et motricité.	N = 3,000 (1984) N = 684 (1998) États-Unis	12	11 (92 %)	4 (36 %)
<i>Vineland Adaptive Behavior Scales – 2nd Edition</i> (VABS-II : Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005) 0 – 90 :11 ans	Communication, vie quotidienne, socialisation et motricité; comportements inadaptés	N = 3,695 (2005) Version parent États-Unis	12	7 (58 %)	2 (29 %)
<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i> (PEDI : Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, & Andrellos, 1992) 0 :6 – 7 :6 ans	Autonomie, mobilité et fonction sociale	N = 412 (1992) États-Unis	11	5 (45 %)	2 (40 %)
<i>Functional Independence Measure for Children</i> (WeeFIM : Msall, DiGaudio, Duffy, LaForest, Braun, & Granger, 1994) 0 :6 – 6 :11 ans	Autonomie, contrôle des sphincters, transfert de position, locomotion, communication et cognition sociale.	N = 417 (1994) États-Unis	11	4 (36 %)	2 (50 %)

* Révision publiée depuis la recension.

¹ 14 répondants se sont prononcés sur au moins un instrument de la section sur les mesures des comportements adaptatifs : 7 psychologues, 3 orthophonistes, 4 ergothérapeutes. Les variations du nombre de répondants sont dues aux données manquantes.