

AVIS

Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention – services
sociaux et santé mentale

Le présent document contient les annexes complémentaires à l'avis *Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*. Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation de l'avis *Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

Annexes

ANNEXE A	2
Stratégie de repérage de la littérature	2
ANNEXE B	6
Processus de sélection de la littérature	6
ANNEXE C	29
Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 1	29
ANNEXE D	32
Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 2, 3 et 4	32
ANNEXE E	52
Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 5	52
ANNEXE F	57
Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 6	57
ANNEXE G	63
Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 7 et 8	63
ANNEXE H	77
Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 9	77
ANNEXE I	80
Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 10	80
ANNEXE J	86
Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 11, 12 et 13 ..	86
ANNEXE K	99
Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 14	99
ANNEXE L	106
Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 15 et 16	106
ANNEXE M	114
Consultations auprès des parties prenantes	114
ANNEXE N	120
Caractéristiques des outils de dépistage retenus	120
ANNEXE O	123
Fiches descriptives des outils de dépistage recensés	123

ANNEXE A

Stratégie de repérage de la littérature

Tableau A.1 Stratégie de repérage de la littérature scientifique dans les banques de données

PsycINFO (Ovid)	
Date de la recherche : juin 2018	
Limites : 2008 - ; anglais, français ; acte de conférence, chapitre, mémoire, thèse ou article de périodique	
1	*Adolescent Development/ OR exp *Childhood Development/ OR (*Developmental Disabilities/ AND pediatrics/)
2	exp *Measurement/ NOT Pain Measurement/
3	(adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*).ti,ab
4	(delay* OR development* OR deviat* OR difficult* OR need OR needs OR problem* OR psychosocial OR psycho-social OR retard* OR well-being OR wellbeing OR maltreat* OR disabilit* OR issue*).ti
5	(assess* OR detect* OR evaluat* OR exam* OR identif* OR measur* OR monitor* OR observ* OR recogni* OR screen* OR target* OR track* OR surveillance OR milestone*).ti
6	(approach* OR checklist* OR framework OR instrument* OR program OR programs OR project* OR questionnaire* OR scale* OR survey* OR tool OR tools OR protocol OR process OR processes OR procedure OR algorithm* OR inventor*).ti,ab
7	(1 AND 2) OR (3 AND 4 AND 5 AND 6) = 6334
8	(food* OR feed* OR diabet* OR pain OR pregnan* OR palsy OR scoliosis OR postpartum OR cardiac OR hip OR vaccine* OR HIV OR oncolog* OR cancer* OR cystic fibrosis OR foot OR virus OR intubation OR needle*).ti
9	7 NOT 8 = 6078, 5824 après suppression des doublons
MEDLINE (Ovid)	
Date de la recherche : juin 2018	
Limites : 2008 - ; anglais, français	
1	*Adolescent Development/ OR exp *Child Development/ OR (*Developmental Disabilities/di AND (Adolescent/ OR exp Child/ OR pediatrics/))
2	exp Psychological Tests/mt OR Mass Screening/mt OR "Surveys and Questionnaires"/
3	(adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*).ti,ab
4	(delay* OR development* OR deviat* OR difficult* OR need OR needs OR problem* OR psychosocial OR psycho-social OR retard* OR well-being OR wellbeing OR maltreat* OR disabilit* OR issue*).ti
5	(assess* OR detect* OR evaluat* OR exam* OR identif* OR measur* OR monitor* OR observ* OR recogni* OR screen* OR target* OR track* OR surveillance OR milestone*).ti
6	(approach* OR checklist* OR framework OR instrument* OR program OR programs OR project* OR questionnaire* OR scale* OR survey* OR tool OR tools OR protocol OR process OR processes OR procedure OR algorithm* OR inventor*).ti,ab
7	(1 AND 2) OR (3 AND 4 AND 5 AND 6)
8	(food* OR feed* OR diabet* OR pain OR pregnan* OR palsy OR scoliosis OR postpartum OR cardiac OR hip OR vaccine* OR HIV OR oncolog* OR cancer* OR cystic fibrosis OR foot OR virus OR intubation OR needle*).ti
9	7 NOT 8 = 5243, 3274 après suppression des doublons

ERIC (Ovid) Date de la recherche : juin 2018 Limites : 2008 - ; anglais, français	
1	Adolescent Development/ OR Child Development/ OR ((Needs Assessments/ OR Developmental Delays/) AND (exp *Children/ OR *Adolescents/ OR *Early Adolescents/ OR *Junior High School Students/ OR *Middle School Students/ OR *Preadolescents/ OR *Puberty/ OR *Youth/))
2	Program Effectiveness/ OR Program Evaluation/ OR Surveys/ OR Screening Tests/ OR Psychometrics/ OR Evaluation Methods/ OR Questionnaires/ OR Measurement/
3	(adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*).ti,ab
4	(delay* OR development* OR deviat* OR difficult* OR need OR needs OR problem* OR psychosocial OR psycho-social OR retard* OR well-being OR wellbeing OR maltreat* OR disabilit* OR issue*).ti
5	(assess* OR detect* OR evaluat* OR exam* OR identif* OR measur* OR monitor* OR observ* OR recogni* OR screen* OR target* OR track* OR surveillance OR milestone*).ti
6	(approach* OR checklist* OR framework OR instrument* OR program OR programs OR project* OR questionnaire* OR scale* OR survey* OR tool OR tools OR protocol OR process OR processes OR procedure* OR algorithm* OR inventor*).ti,ab
7	(1 AND 2) OR (3 AND 4 AND 5 AND 6)
8	(food* OR feed* OR diabet* OR pain OR pregnan* OR palsy OR scoliosis OR postpartum OR cardiac OR hip OR vaccine* OR HIV OR oncolog* OR cancer* OR cystic fibrosis OR foot OR virus OR intubation OR needle*).ti
9	7 NOT 8 = 2945, 1858 après suppression des doublons
Social Work Abstracts (Ovid) Date de la recherche : juin 2018 Limites : 2008 - ; anglais, français	
1	(adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*).ti,ab
2	(delay* OR development* OR deviat* OR difficult* OR need OR needs OR problem* OR psychosocial OR psycho-social OR retard* OR well-being OR wellbeing OR maltreat* OR disabilit* OR issue*).ti
3	(assess* OR detect* OR evaluat* OR exam* OR identif* OR measur* OR monitor* OR observ* OR recogni* OR screen* OR target* OR track* OR surveillance OR milestone*).ti
4	(approach* OR checklist* OR framework OR instrument* OR program OR programs OR project* OR questionnaire* OR scale* OR survey* OR tool OR tools OR protocol OR process OR processes OR procedure* OR algorithm* OR inventor*).ti,ab
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 = 88, 14 après suppression des doublons
EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date de la recherche : mai 2018 Limites : 2008 - ; anglais, français	
1	(adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*).ti,ab
2	(delay* OR development* OR deviat* OR difficult* OR need OR needs OR problem* OR psychosocial OR psycho-social OR retard* OR well-being OR wellbeing OR maltreat* OR disabilit* OR issue*).ti
3	(assess* OR detect* OR evaluat* OR exam* OR identif* OR measur* OR monitor* OR observ* OR recogni* OR screen* OR target* OR track* OR surveillance OR milestone*).ti,ab
4	(approach* OR checklist* OR framework OR instrument* OR program OR programs OR project* OR questionnaire* OR scale* OR survey* OR tool OR tools OR protocol OR process OR processes OR procedure* OR algorithm* OR inventor*).ti,ab

5	(3 AND 4 AND 5 AND 6) = 67, 16 après sélection des notices pertinentes et suppression des doublons
* troncature si à la fin d'un mot; * sujet principal si devant un descripteur; / descripteur; exp inclut descripteur et ses termes spécifiques; ti titre; ab résumé; di Diagnosis; mt Methods	
CINAHL (EBSCO) Date de la recherche : mai 2018 Limites : 2008 - ; anglais, français	
S1	MM (Adolescent Development OR Child Development OR Infant Development)
S2	MM ("Measurement Issues and Assessments+" OR Health Screening+ OR Surveys OR Questionnaires)
S3	TI (adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*) OR AB (adolescen* OR baby OR babies OR boy OR boys OR child OR childhood OR children OR early adult* OR elementary school* OR high school* OR girl* OR grader OR infan* OR juvenile OR kid OR kids OR kindergarten* OR middle school* OR minors OR neonat* OR newborn* OR new born* OR nursery OR nurseries OR pediatric* OR paediatr* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preschool* OR pre-school* OR preteen* OR pre-teen* OR schoolchild* OR teen* OR toddler* OR young people OR young person* OR youth*)
S4	TI (delay* OR development* OR deviat* OR difficult* OR need OR needs OR problem* OR psychosocial OR psycho-social OR retard* OR well-being OR wellbeing OR maltreat* OR disabilit* OR issue*)
S5	TI (assess* OR detect* OR evaluat* OR exam* OR identif* OR measur* OR monitor* OR observ* OR recogni* OR screen* OR target* OR track* OR surveillance OR milestone*)
S6	TI (approach* OR checklist* OR framework OR instrument* OR program OR programs OR project* OR questionnaire* OR scale* OR survey* OR tool OR tools OR protocol OR process OR processes OR procedure* OR algorithm* OR inventor*)
S7	(S1 AND S2) OR (S3 AND S4 AND S5 AND S6)
S8	(food* OR feed* OR diabet* OR pain OR pregnan* OR palsy OR scoliosis OR postpartum OR cardiac OR hip OR vaccine* OR HIV OR oncolog* OR cancer* OR cystic fibrosis OR foot OR virus OR intubation OR needle*).ti
S9	S7 NOT S8 = 1350, 271 après suppression des doublons et autres 1484 de plus avec S6 en TI ou AB
* troncature; MM descripteur sujet principal; + descripteur et ses termes spécifiques; TI titre; AB résumé	

Tableau A.2 Sites web consultés

Québec

- Institut national de santé publique (<https://www.inspq.qc.ca/>)
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec (<http://www.education.gouv.qc.ca/accueil/>)
- Ministère de la Famille du Québec (<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Pages/index.aspx>)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (<https://www.msss.gouv.qc.ca/>)
- Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MISI)
- Ordres et associations professionnels
 - Collège des médecins du Québec (<http://www.cmq.org/>)
 - Ordre des ergothérapeutes du Québec (<https://www.oeq.org/>)
 - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (<https://www.oiiq.org/>)
 - Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (<https://www.ordrepsest.qc.ca/>)
 - Ordre des psychologues du Québec (<https://www.ordrepsy.qc.ca/>)
 - Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (<https://www.1.otstcfq.org/>)
- Établissements du RSSS
 - Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ciiss-et-ciuss/>)
- Groupes de recherche universitaire
 - Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke (<https://www.grise.ca/>)
 - Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque de l'Université Laval (<https://www.jefar.ulaval.ca/>)

Canada

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (<http://www.cadth.ca/fr>)
- Health Quality Ontario (<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/hqo.aspx>)
- Infobanque de l'AMC (<http://www.cma.ca>)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (<https://www.ices.on.ca/>)
- Ministry of Children, Community and Social Services (<http://www.children.gov.on.ca/>)
- Child Welfare League of Canada (<https://www.cwlc.ca/>)
- Centre canadien de protection de l'enfance (<https://protectchildren.ca/fr/>)
- Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance (<https://cwrp.ca/fr>)

Australie et Nouvelle-Zélande

- National Health and Medical Research Council (<http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/>)
- New Zealand Guidelines Group (<http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>)
- Australian Institute of Family Studies (<https://aifs.gov.au/>)

États-Unis

- National Guideline Clearinghouse (<http://guideline.gov/>)
- Child Welfare Information Gateway (<https://www.childwelfare.gov/>)
- Child Welfare League of America (<https://www.cwla.org/>)
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (<https://www.cebc4cw.org/>)

France

- Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr/>)

Royaume-Uni

- Centre for Reviews and Dissemination (<http://www.york.ac.uk/inst/crd>)
- NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk>)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (<http://www.sign.ac.uk>)

Organisations internationales

- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (<http://www.inahta.org>)
- Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr>)

ANNEXE B

Processus de sélection de la littérature

Tableau B.1 Procédure de sélection des documents repérés

1. Exclusion des références hors sujet : Afin d'exclure les références hors sujet, une exclusion faite à partir de mots clés présents dans le titre et le résumé a été réalisée par une des évaluatrices (IB). Cette procédure a permis de réduire le nombre de références à analyser sur la base du titre et du résumé de 11 257 à 3 820.
2. Validation des critères d'inclusion et d'exclusion : Afin de s'assurer de l'application uniforme des critères d'inclusion et d'exclusion par les trois évaluatrices chargées de la sélection (IB, BM, JB), 300 articles (parmi les 3 820 retenus) ont d'abord été évalués de façon indépendante, sur la base des titres et des résumés. Les désaccords ont été discutés en équipe jusqu'à l'obtention d'un consensus.
3. Présélection sur la base des titres et résumés : Par la suite, les 3 820 titres et résumés ont été analysés par l'une ou l'autre des évaluatrices afin de déterminer ceux à retenir pour lecture complète.
4. Sélection à partir de la lecture complète des articles : Les articles sélectionnés (n=553) lors de la phase précédente ont fait l'objet d'une lecture complète et indépendante de la part de deux évaluatrices (parmi IB, BM et JB) et ont été retenus s'ils répondent aux critères d'inclusion. Les divergences ont été discutées avec la coordonnatrice scientifique (ML).

Figure B.1 Diagramme de flux

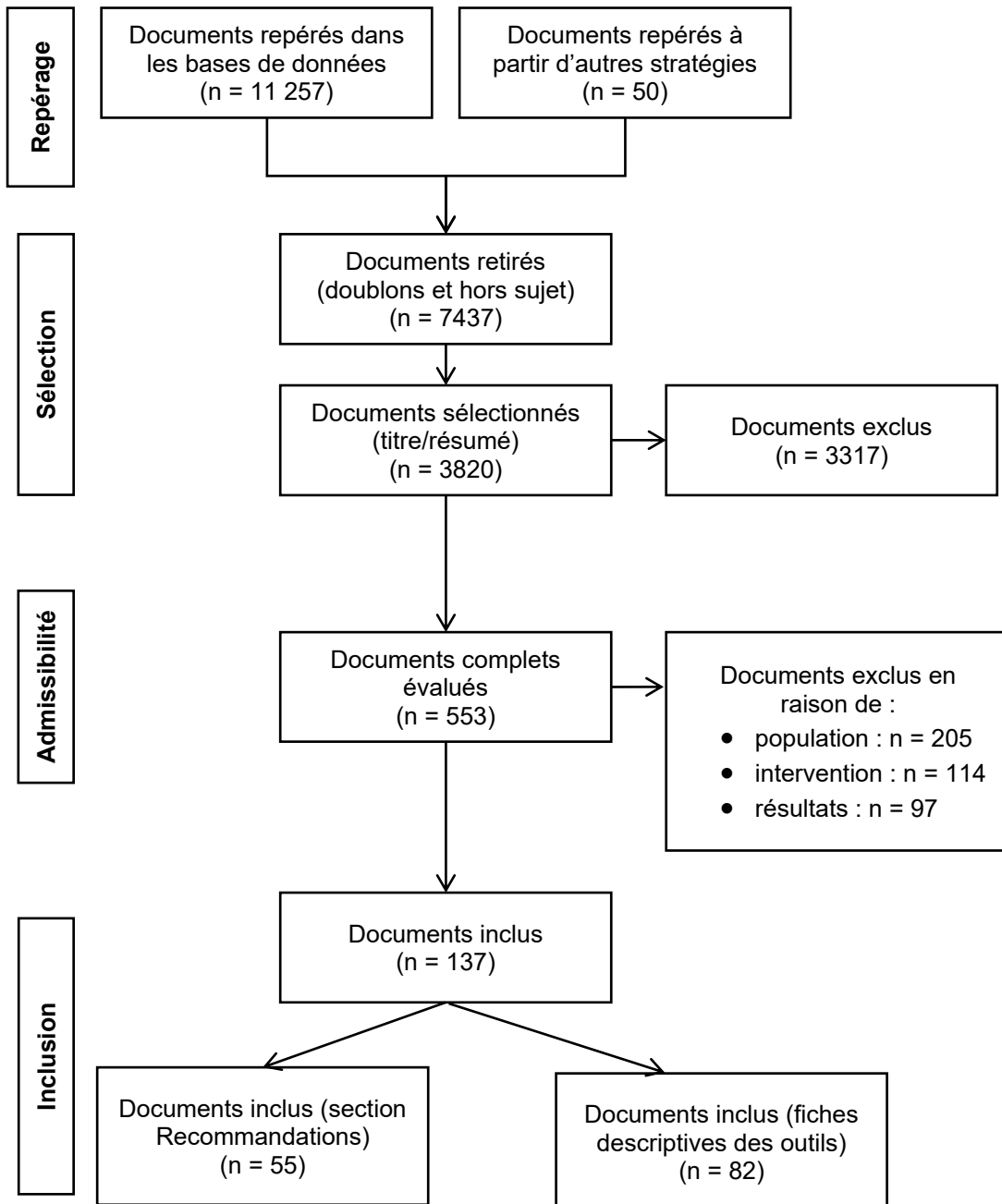


Tableau B.2 Documents inclus dans l'analyse de la preuve

American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. The case for routine mental health screening. <i>Pediatrics</i> 2010;125
Ball J. Culturally appropriate implementation of the Ages and Stages Questionnaire in Aboriginal Head Start Programs in BC: Findings and recommendations. Consultation and review prepared for the Public Health Agency of Canada; 2008.
Bennett B, McDonald J, Knight J, Comino E, Henry R. Assessing development of urban Aboriginal infants. <i>Journal of Paediatrics and Child Health</i> 2010;46(7-8):384-91.
Borg A-M, Salmelin R, Kaukonen P, Joukamaa M, Tamminen T. Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. <i>Journal of Child and Adolescent Mental Health</i> 2014;26:229-38.
Bradford S et Rickwood D. Psychosocial assessments for young people: a systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. <i>Adolescent Health, Medicine and Therapeutics</i> 2012;3:111-25.
Brown JD et Wissow LS. Screening to identify mental health problems in pediatric primary care: Considerations for practice. <i>International Journal of Psychiatry in Medicine</i> 2010;40(1):1-19.
Bruhn CM, Duval D, Louderman R. Centralized assessment of early developmental delays in children in foster care: A program that works. <i>Children and Youth Services Review</i> 2008;30(5):536-45.
Cao Y, Bunker AC, Hoffman J. Caregiver engagement in the behavioral health screening and assessment for child welfare-involved children: child welfare and behavioral health workers' perspectives. <i>Journal of Public Child Welfare</i> 2019;13(1):101-24.
Center for the Study of Social Policy. Opportunities to strengthen developmental screening for children involved in child welfare systems. 2018.
Chitsabesan P et Khan L. Assessment of young offenders: Mental health, physical, educational and social needs. <i>Forensic child and adolescent mental health: Meeting the needs of young offenders</i> 2017;41-54.
Chitsabesan P, Lennox C, Theodosiou L, Law H, Bailey S, Shaw J. The development of the comprehensive health assessment tool for young offenders within the secure estate. <i>Journal of Forensic Psychiatry & Psychology</i> 2014;25:1-25.
Committee on Adolescence. Health care for youth in the juvenile justice system. <i>Pediatrics</i> 2011;128(6):1219-35.
Council on Foster Care and Kinship Care Committee on Adolescence, Council on Early Childhood. Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care. <i>Pediatrics</i> 2015;136(4):e1131-40.
D'Aprano A, Silburn S, Johnston V, Robinson G, Oberklaid F, Squires J. Adaptation of the Ages and Stages Questionnaire for remote Aboriginal Australia. <i>Qualitative Health Research</i> 2016;26(5):613-25.
D'Aprano AL, Carapetis JR, Andrews R. Trial of a developmental screening tool in remote Australian Aboriginal communities: A cautionary tale. <i>Journal of Paediatrics and Child Health</i> 2011;47(1-2):12-7.
Darling-Churchill KE et Lippman L. Early childhood social and emotional development: Advancing the field of measurement. <i>Journal of Applied Developmental Psychology</i> 2016;45:1-7.
Denton R-N. The assessment of mental health in looked-after adolescents: An exploratory study of the Brief Assessment Checklist for Adolescents. <i>Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide</i> 2018;75(1-C).
Dionne C, McKinnon S, Squires J, Clifford J. Developmental screening in a Canadian First Nation (Mohawk): psychometric properties and adaptations of ages & stages questionnaires (2nd edition). <i>BMC Pediatrics</i> 2014;14:23.
Ebesutani C, Bernstein A, Martinez JI, Chorpita BF, Weisz JR. The youth self report: Applicability and validity across younger and older youths. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> 2011;40:338-46.
Erhart M, Wetzel RM, Krugel A, Ravens-Sieberer U. Effects of phone versus mail survey methods on the measurement of health-related quality of life and emotional and behavioural problems in adolescents. <i>BMC Public Health</i> 2009;9:491.
Findlay L, Kohen D, Miller A. Developmental milestones among Aboriginal children in Canada. <i>Paediatrics & Child Health</i> 2014;19(5):241-6.
Frogley C. Assessing the mental health needs of looked after children: A study investigating the utility of the Brief Assessment Checklist for children. <i>Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide</i> 2018;75.
Goodman A et Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as a dimensional measure of child mental health. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> 2009;48:400-3.
Herman-Smith R et Schmitt K. Implementing developmental screening programs for infants and toddlers in the child welfare system. <i>Journal of Public Child Welfare</i> 2014;8(4):416-32.
Hodges KL, Landin MD, Nugent ML, Simpson PM. Early developmental screening for children in foster care. <i>Journal of Child and Family Studies</i> 2016;25(7):2155-63.

- Jee SH, Conn A-M, Szilagyi PG, Blumkin A, Baldwin CD, Szilagyi MA. Identification of social-emotional problems among young children in foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010a;51(12):1351-8.
- Jee SH, Halterman JS, Szilagyi M, Conn A-M, Alpert-Gillis L, Szilagyi PG. Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Academic Pediatrics* 2011a;11(5):409-13.
- Jee SH, Szilagyi M, Conn A-M, Nilsen W, Toth S, Baldwin CD, Szilagyi PG. Validating office-based screening for psychosocial strengths and difficulties among youths in foster care. *Pediatrics* 2011b;127(5):904-10.
- Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, Norton A, Conn A-M, Blumkin A, Szilagyi PG. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics* 2010b;125:282-9.
- Lehmann S, Heiervang ER, Havik T, Havik OE. Screening foster children for mental disorders: properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *PLoS ONE* 2014;9(7):e102134.
- Levitt JM. Identification of mental health service need among youth in child welfare. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program* 2009;88(1):27-48.
- Macy M, Marks K, Towle A. Missed, misused, or mismanaged: Improving early detection systems to optimize child outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education* 2014;34(2):94-105.
- Marks KP et LaRosa AC. Understanding developmental-behavioral screening measures. *Pediatrics in Review* 2012;33(10):448-57.
- Marshall J, Coulter ML, Gorski PA, Ewing A. Parent recognition and responses to developmental concerns in young children. *Infants & Young Children* 2016;29(2):102-15.
- McCrae JS et Brown SM. Systematic review of social-emotional screening instruments for young children in child welfare. *Research on Social Work Practice* 2018;28(7):767-88.
- McCrae JS, Cahalane H, Fusco RA. Directions for developmental screening in child welfare based on the ages and stages questionnaires. *Children and Youth Services Review* 2011;33:1412-8.
- Oberklaid F, Baird G, Blair M, Melhuish E, Hall D. Children's health and development: approaches to early identification and intervention. *Archives of Disease in Childhood* 2013;98(12):1008-11.
- Parker EM, Jacobson J, Pullmann MD, Kerns SE. Identifying psychosocial problems among children and youth in the child welfare system using the PSC-17: exploring convergent and discriminant validity with multiple informants. *Child Psychiatry & Human Development* 2019;50(1):108-20.
- Shannon P et Tappan C. Identification and assessment of children with developmental disabilities in child welfare. *Social Work* 2011;56(4):297-305.
- Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review. *Pediatrics* 2011;128(2):356-63.
- Spehr MK, Zeno R, Warren B, Lusk P, Masciola R. Social-Emotional Screening Protocol Implementation: A Trauma-Informed Response for Young Children in Child Welfare. *Journal of Pediatric Health Care* 2019;33(6):675-683.
- Squires J. Assessing young children's social and emotional development. Understanding early childhood mental health: A practical guide for professionals 2012. Dans *Understanding early childhood mental health: A practical guide for professionals*. Baltimore (MD): Brookes Publishing:99-123.
- Szilagyi MA, Rosen DS, Rubin D, Zlotnik S, Council On Foster Care AaKC, Committee On Adolescence, Council On Early Childhood. Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics* 2015;136(4):e1142-66.
- Thomas A, Cairney S, Gunthorpe W, Paradies Y, Sayers S. Strong Souls: development and validation of a culturally appropriate tool for assessment of social and emotional well-being in Indigenous youth. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(1):40-8.
- Undheim AM, Lydersen S, Kayed NS. Do school teachers and primary contacts in residential youth care institutions recognize mental health problems in adolescents? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2016;10:19.
- Vancouver Island University BC Regional Innovation Chair for Aboriginal Early Childhood Development. *Aboriginal Early Childhood Development Assessment: Issues and Insights in a Cultural Context*. 2013.
- Vaz S, Cordier R, Boyes M, Parsons R, Joosten A, Ciccarelli M, et al. Is using the strengths and difficulties questionnaire in a community sample the optimal way to assess mental health functioning? *PLoS ONE* 2016;11(1).
- Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC public health* 2009;9:489.
- Weitzman C, Wegner L, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Council on Early Childhood and Society for Developmental Behavioral Pediatrics. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics* 2015;135(2):384-95.

- Whyte S et Campbell A. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A useful screening tool to identify mental health strengths and needs in looked after children and inform care plans at looked after children reviews?: A focus group study of the views of social workers and their managers. *Child Care in Practice* 2008;14(2):193-206.
- Williamson A, McElduff P, Dadds M, D'Este C, Redman S, Raphael B, et al. The Construct Validity of the S trengths and D ifficulties Q uestionnaire for A boriginal Children Living in Urban N ew S outh W ales, Australia. *Australian Psychologist* 2014;49(3):163-70.
- Williamson A, Redman S, Dadds M, Daniels J, D'Este C, Raphael B, et al. Acceptability of an emotional and behavioural screening tool for children in Aboriginal Community Controlled Health Services in urban NSW. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(10):894-900.
- Wright H, Wellsted D, Gratton J, Besser SJ, Midgley N. Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify treatment needs in looked-after children referred to CAMHS. *Developmental Child Welfare* 2019;1(2):159-76.
- Young NL, Wabano MJ, Blight S, Baker-Anderson K, Beaudin R, McGregor LF, et al. Relevance of the Aboriginal Children's Health and Well-being Measure Beyond Wiikwemkoong. *Rural and remote health* 2017;17(2):3941.
- Young NL, Wabano MJ, Usuba K, Pangowish B, Trottier M, Jacko D, et al. Validity of the Aboriginal children's health and well-being measure: Aaniish Naa Gegii? *Health and Quality of Life Outcomes* 2015;13:148.

Tableau B.3 Liste des références exclues après lecture complète et motifs d'exclusion

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)
Assel MA et Anthony JL. Factor Structure of the DIAL-3: A Test of the Theory-Driven Conceptualization versus an Empirically Driven Conceptualization in a Nationally Representative Sample. <i>Journal of Psychoeducational Assessment</i> 2009;27(2):113-24.
Aylward GP. Developmental testing. <i>The Cambridge encyclopedia of child development</i> , 2nd ed 2017; 89-92.
Aylward GP et Verhulst SJ. Comparison of caretaker report and hands-on neurodevelopmental screening in high-risk infants. <i>Developmental Neuropsychology</i> 2008;33:124-36.
Ben-Sasson A et Gill SV. Motor and language abilities from early to late toddlerhood: Using formalized assessments to capture continuity and discontinuity in development. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 2014;35(7):1425-32.
Berg M, Aamodt G, Stanghelle J, Krumlinde-Sundholm L, Hussain A. Cross-cultural validation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) norms in a randomized Norwegian population. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> 2008;15(3):143-52. Berg MM, Dolva A-S, Kleiven J, Krumlinde-Sundholm L. Normative Scores for the Pediatric Evaluation of Disability Inventory in Norway. <i>Physical & Occupational Therapy in Pediatrics</i> 2016;36(2):131-43.
Bethell C, Reuland C, Schor E, Abrahms M, Halfon N. Rates of parent-centered developmental screening: Disparities and links to services access. <i>Pediatrics</i> 2011;128:146-55.
Bevilacqua F, Giannantoni P, Pasqualetti P, di Ciommo VM, Coletti MF, Rava L, et al. Predictive validity of the Italian parental questionnaire for developmental evaluation at age 4 (QS4-G). <i>Journal of Paediatrics and Child Health</i> 2015;51:600-7.
Blaggan S, Guy A, Boyle EM, Spata E, Manktelow BN, Wolke D, Johnson S. A parent questionnaire for developmental screening in infants born late and moderately preterm. <i>Pediatrics</i> 2014;134:e55-e62.
Boothby N, Wessells M, Williamson J, Huebner G, Canter K, Rolland EG, et al. What are the most effective early response strategies and interventions to assess and address the immediate needs of children outside of family care? <i>Child Abuse & Neglect</i> 2012;36(10):711-21.
Branson DM. Effect of using the ages and stages questionnaires on childcare providers' developmental assessment ability. <i>Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences</i> 2009;70(5-A):1548.
Bricker D, Squires J, Clifford J. Developmental screening measures: Stretching the use of the ASQ for other assessment purposes. <i>Infants & Young Children</i> 2010;23(Developmental Psychology [2800]):14-22.
Briggs RD, Stettler EM, Silver EJ, Schrag RDA, Nayak M, Chinitz S, Racine AD. Social-emotional screening for infants and toddlers in primary care. <i>Pediatrics</i> 2012;129(2):e377-e84.
Briggs-Gowan MJ et Carter AS. Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. <i>Pediatrics</i> 2008;121(5):957-62.
Briggs-Gowan MJ, Carter AS, McCarthy K, Augustyn M, Caronna E, Clark R. Clinical validity of a brief measure of early childhood social-emotional/behavioral problems. <i>Journal of Pediatric Psychology</i> 2013;38:577-87.
Briggs-Gowan MJ, Godoy L, Heberle A, Carter AS. Assessment of psychopathology in young children. <i>Developmental psychopathology: Theory and method</i> , Vol 1, 3rd ed 2016:1-45.
Brothers KB, Glascoe FP, Robertshaw NS. PEDS: Developmental milestones-An accurate brief tool for surveillance and screening. <i>Special Issue: Institutional availability of fertility preservation</i> 2008;47:271-9.
Bulotsky-Shearer RJ, Fernandez VA, Rainelli S. The validity of the Devereux Early Childhood Assessment for culturally and linguistically diverse Head Start children. <i>Early Childhood Research Quarterly</i> 2013;28:794-807. Burakevych N, McKinlay CJD, Alsweiler JM, Wouldes TA, Harding JE. Pre-school screening for developmental and emotional health: Comparison with neurodevelopmental assessment. <i>Journal of Paediatrics and Child Health</i> 2016;52(6):600-7.
CADTH. Universal development assessment tools for children 18-months of age: a review of the clinical effectiveness and guidelines (Structured abstract). 2009.
Cairney J, Clinton J, Veldhuizen S, Rodriguez C, Missiuna C, Wade T, et al. Evaluation of the revised Nipissing District Developmental Screening (NDDS) tool for use in general population samples of infants and children. <i>BMC Pediatrics</i> 2016;16:42.
Camp BW. Applying Bayesian analysis to evaluation of developmental screening. <i>Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics</i> 2009;30(6):583-92.
Carroll AE, Bauer NS, Dugan TM, Anand V, Saha C, Downs SM. Use of a computerized decision aid for developmental surveillance and screening: a randomized clinical trial. <i>JAMA pediatrics</i> 2014;168(9):815-21.
Caselman TD et Self PA. Assessment instruments for measuring young children's social-emotional behavioral development. <i>Children & Schools</i> 2008;30:103-15.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Charkaluk M-L, Rousseau J, Calderon J, Bernard JY, Forhan A, Heude B, Kaminski M. Ages and Stages Questionnaire at 3 years for predicting IQ at 5-6 years. *Pediatrics* 2017;139:1-9.
- Chaudhary T, Walch E, Herold B, Metze B, Lejeune A, Burkhardt F, Buhner C. Predictive and concurrent validity of standardized neurodevelopmental examinations by the Griffiths scales and Bayley scales of infant development II. *Klinische Pädiatrie* 2013;225(1):8-12.
- Chen C-Y, Chen C-I, Squires J, Bian X, Heo KH, Filgueiras A, et al. Adapting a developmental screening measure: Exploring the effects of language and culture on a parent-completed social-emotional screening test. *Infants & Young Children* 2017;30:111-23.
- Chen S-K, Hwang F-M, Lin SSJ. Satisfaction ratings of QOLPAV: Psychometric properties based on the graded response model. *Social Indicators Research* 2013;110:367-83.
- Chiorri C, Hall J, Casely-Hayford J, Malmberg L-E. Evaluating measurement invariance between parents using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Assessment* 2016;23:63-74.
- Chiu S-H et DiMarco MA. A pilot study comparing two developmental screening tools for use with homeless children. *Journal of Pediatric Health Care* 2010;24:73-80.
- Ciccia AH, Roizen N, Garvey M, Bielefeld R, Short EJ. Identification of neurodevelopmental disabilities in underserved children using telehealth (INvesT): Clinical trial study design. *Contemporary Clinical Trials* 2015;45:226-32.
- Cirelli I, Graz MB, Tolsa J-F. Comparison of Griffiths-II and Bayley-II tests for the developmental assessment of high-risk infants. *Infant Behavior & Development* 2015;41:17-25.
- Collaborative ECD. 2013 State of States' Early Childhood Data Systems. #2014-06. Early Childhood Data Collaborative Early Childhood Data Collaborative. Web site: <http://www.ecedata.org>; 2014 (consulté le 2014-02).
- Cox JE, Huntington N, Saada A, Epee-Bounya A, Schonwald AD. Developmental screening and parents' written comments: An added dimension to the Parents' Evaluation of Developmental Status questionnaire. *Pediatrics* 2010;126:S170-S6.
- Crane J, Mincic MS, Winsler A. Parent-teacher agreement and reliability on the Devereux Early Childhood Assessment (DECA) in English and Spanish for ethnically diverse children living in poverty. *Early Education and Development* 2011;22:520-47.
- Cunha ACB, Berkovits MD, Albuquerque KA. Developmental Assessment with Young Children: A Systematic Review of Battelle Studies. *Infants and Young Children* 2018;31(1):69-90.
- Currie L, Dodds L, Shea S, Flowerdew G, McLean J, Walker R, Vincer M. Investigation of test characteristics of two screening tools in comparison with a gold standard assessment to detect developmental delay at 36 months: A pilot study. *Paediatrics & Child Health* 2012;17(10):549-52.
- Dall'Oglio AM, Rossiello B, Coletti MF, Caselli MC, Rava L, di Ciommo V, et al. Developmental evaluation at age 4: Validity of an Italian parental questionnaire. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2010;46:419-26.
- Davie M. Developmental assessment in the over 5s. *Archives of disease in childhood Education and practice edition* 2012;97(1):2-8.
- Davies S et Feeney H. A pilot of the Parents' Evaluation of Developmental Status tool. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association* 2009;82(7):29-31.
- Dawson P et Camp BW. Evaluating developmental screening in clinical practice. *SAGE Open Medicine* 2014;2.
- de Sam Lazaro SL. The importance of authentic assessments in eligibility determination for infants and toddlers. *Journal of Early Intervention* 2017;39(2):88-105.
- de Wolff MS, Theunissen MHC, Vogels AGC, Reijneveld SA. Three questionnaires to detect psychosocial problems in toddlers: a comparison of the BITSEA, ASQ:SE, and KIPPP. *Academic Pediatrics* 2013;13(6):587-92.
- Deakin-Bell N, Walker K, Badawi N. The accuracy of parental concern expressed in the Ages and Stages Questionnaire to predict developmental delay. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2013;49:E133-E6.
- Deimann P et Kastner-Koller U. Maternal evaluations of young children's developmental status: A comparison of clinic- and non-clinic-groups. *Psychological Test and Assessment Modeling* 2011;53:214-27.
- Dosman CF, Andrews D, Goulden KJ. Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance. *Paediatrics & child health* 2012;17(10):561-8.
- Drotar D, Stancin T, Dworkin PH, Sices L, Wood S, Drotar D, et al. Selecting developmental surveillance and screening tools. *Pediatrics in Review* 2008;29(10):e52-8.
- Duyme M et Capron C. The Child Development Inventory: French validation and norms. *L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE): Normes et validation françaises du Child Development Inventory (CDI)* 2010;22:13-26.
- Duyme M, Zorman M, Tervo R, Capron C. French norms and validation of the Child Development Inventory (CDI): Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE). *Clinical Pediatrics* 2011;50(7):636-47.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Earls MF, Andrews JE, Hay SS. A longitudinal study of developmental and behavioral screening and referral in North Carolina's Assuring Better Child Health and Development participating practices. *Clinical Pediatrics* 2009;48(8):824-33. Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *Jornal de Pediatria* 2016;92(3 Suppl 1):S71-83.
- Elbers J, Macnab A, McLeod E, Gagnon F. The Ages and Stages Questionnaires: feasibility of use as a screening tool for children in Canada. *Can J Rural Med* 2008;13(1):9-14.
- Eom S, Dezort C, Fisher B, Zelko F, Berg AT. A simple behavioral-developmental checklist versus formal screening for children in an epilepsy center. *Epilepsy & Behavior* 2015;46:84-7.
- Eratay E, Bayoglu B, Anlar B. Preschool Developmental Screening with Denver II Test in Semi-Urban Areas. *Online Submission* 2015;1(2)
- Eremita M, Semancik E, Lerer T, Dworkin PH. Can we identify parents who do not verbally share concerns for their children's development? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2017;38(3):224-7.
- Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, Kizilates SU, Caliskan A, Atay G, et al. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. *Pediatrics* 2008;121(3):e581-9.
- Fallucco EM, Robertson Blackmore E, Bejarano CM, Wysocki T, Kozikowski CB, Gleason MM. Feasibility of Screening for Preschool Behavioral and Emotional Problems in Primary Care Using the Early Childhood Screening Assessment. *Clinical Pediatrics* 2016.
- Feeney-Kettler KA, Kratochwill TR, Kaiser AP, Hemmeter ML, Kettler RJ. Screening young children's risk for mental health problems: A review of four measures. *Assessment for Effective Intervention* 2010;35:218-30.
- Feeney-Kettler KA, Kratochwill TR, Kettler RJ. Identification of preschool children at risk for emotional and behavioral disorders: Development and validation of a universal screening system. *Journal of School Psychology* 2011;49:197-216.
- Fernandez M, Benitez JL, Pichardo MC, Fernandez E, Justicia F, Garcia T, et al. Confirmatory factor analysis of the PKBS-2 subscales for assessing social skills and behavioral problems in preschool. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2010;8:1229-52.
- Fischer VJ, Morris J, Martinez J. Developmental screening tools: feasibility of use at primary healthcare level in low- and middle-income settings. *Journal of health, population, and nutrition* 2014;32(2):314-26.
- Garg P, Ha MT, Eastwood J, Harvey S, Woolfenden S, Murphy E, et al. Explaining culturally and linguistically diverse (CALD) parents' access of healthcare services for developmental surveillance and anticipatory guidance: qualitative findings from the 'Watch Me Grow' study. *BMC Health Services Research* 2017;17(1):228. Garg P, Ha MT, Eastwood J, Harvey S, Woolfenden S, Murphy E, et al. Health professional perceptions regarding screening tools for developmental surveillance for children in a multicultural part of Sydney, Australia. *BMC family practice* 2018;19(1):42.
- Gellasch P. Developmental Screening in the Primary Care Setting: A Qualitative Integrative Review for Nurses. *Journal of pediatric nursing* 2016;31(2):159-71.
- Glascoe FP et Marks KP. Detecting children with developmental-behavioral problems: The value of collaborating with parents. *Psychological Test and Assessment Modeling* 2011;53(2):258-79.
- Gleason MM, Zeanah CH, Dickstein S. Recognizing young children in need of mental health assessment: Development and preliminary validity of the Early Childhood Screening Assessment. *Infant Mental Health Journal* 2010;31:335-57.
- Goelman H. Three complementary community-based approaches to the early identification of young children at risk for developmental delays/disorders. *Infants & Young Children* 2008;21(4):306-23.
- Gokiart RJ, Georgis R, Tremblay M, Krishnan V, Vandenbergh C, Lee C. Evaluating the adequacy of social-emotional measures in early childhood. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2014;32:441-54.
- Gollenberg AL, Lynch CD, Jackson LW, McGuinness BM, Msall ME. Concurrent validity of the parent-completed ages and Stages Questionnaires, 2nd ed. with the Bayley Scales of Infant Development II in a low-risk sample. *Child: Care, Health and Development* 2010;36:485-90.
- Gonzalez EC, Summers C, Mueller V, Hernandez A, Gil-Lopez G, Garcia DC, Lopez ME. Developmental surveillance and referral in a traditionally medically underserved border community. *Maternal and Child Health Journal* 2015;19(11):2323-8.
- González Salinas R, García Gutiérrez DG, Garcell JR, Hernández-Montiel HL. Clinical approach in neurodevelopmental delay screening tests. *Archivos de Neurociencias* 2014;19(4):190-3.
- Greenwood CR, Carta JJ, McConnell S. Advances in measurement for universal screening and individual progress monitoring of young children. *Journal of Early Intervention* 2011;33(4):254-67.
- Grissom M. Disorders of childhood growth and development: screening and evaluation of the child who misses developmental milestones. *FP essentials* 2013;410(101578821):32-50.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Grossman DS, Mendelsohn AL, Tunik MG, Dreyer BP, Berkule SB, Foltin GL. Screening for developmental delay in high-risk users of an urban pediatric emergency department. *Pediatric emergency care* 2010;26(11):793-7.
- Gudmundsson E. The Toddler Language and Motor Questionnaire: A mother-report measure of language and motor development. *Research in Developmental Disabilities* 2015;45-46:21-31.
- Gudmundsson E et Getarsson SJ. Mothers' questionnaire of preschoolers' language and motor skills: a validation study. *Child: Care, Health and Development* 2013;39(2):246-52.
- Guerrero AD, Garro N, Chang JT, Kuo AA. An update on assessing development in the pediatric office: has anything changed after two policy statements? *Academic pediatrics* 2010;10(6):400-4.
- Guevara JP, Gerdes M, Localio R, Huang YV, Pinto-Martin J, Minkovitz CS, et al. Effectiveness of developmental screening in an urban setting. *Pediatrics* 2013;131(1):30-7. Haapsamo H, Ebeling H, Soini H, Joskitt L, Larinen K, Penninkilampi-Kerola V, et al. Screening infants with social and emotional problems: a pilot study of the brief infant toddler social and emotional assessment (BITSEA) in Northern Finland. *International journal of circumpolar health* 2009;68(4):386-93.
- Haapsamo H, Kuusikko-Gauffin S, Carter AS, Pollock-Wurman R, Ebeling H, Joskitt L, et al. A pilot longitudinal follow-up study of the Brief Infant Toddler Social-Emotional Assessment (BITSEA) in Northern Finland: Examining toddlers' social-emotional, behavioural and communicative development. *Early Child Development and Care* 2012;182:1487-502.
- Haley SM, Coster WI, Kao Y-C, Dumas HM, Fragala-Pinkham MA, Kramer JM, et al. Lessons from use of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory: where do we go from here? *Pediatric physical therapy : the official publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association* 2010;22(1):69-75.
- Haley SM, Coster WJ, Dumas HM, Fragala-Pinkham MA, Kramer J, ni P, et al. Accuracy and precision of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory computer-adaptive tests (PEDI-CAT). *Developmental Medicine & Child Neurology* 2011;53:1100-6.
- Hallam RA, Lyons AN, Pretti-Frontczak K, Grisham-Brown J. Comparing Apples and Oranges: The Mismeasurement of Young Children through the Mismatch of Assessment Purpose and the Interpretation of Results. *Topics in Early Childhood Special Education* 2014;34(2):106-15.
- Halle TG et Darling-Churchill KE. Review of measures of social and emotional development. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2016;45:8-18.
- Holtz CA et Fox RA. Behavior problems in young children from low-income families: The development of a new screening tool. *Infant Mental Health Journal* 2012;33:82-94.
- Hornman J, Kerstjens JM, de Winter AF, Bos AF, Reijneveld SA. Validity and internal consistency of the Ages and Stages Questionnaire 60-month version and the effect of three scoring methods. *Early Human Development* 2013;89(12):1011-5.
- Howard SJ et Melhuish E. An early years toolbox for assessing early executive function, language, self-regulation, and social development: Validity, reliability, and preliminary norms. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2017;35(3):255-75.
- Hughes C, Foley S, White N, Devine RT. School readiness in children with special educational needs and disabilities: Psychometric findings from a new screening tool, the Brief Early Skills, and Support Index. *The British journal of educational psychology* 2017.
- Hunter LR et Lynch BA. Impact of implementing mental health screening by mail with a primary care management model. *Journal of primary care & community health* 2014;5(1):9-13.
- Hunter LR, Myszkowski MR, Johnson SK, Rostad PV, Weaver AL, Lynch BA. Comparing the Clinical Utility of the Infant Developmental Inventory With the Ages and Stages Questionnaire at 9-Month Well-Child Visits. *Journal of primary care & community health* 2015;6(3):193-8. Huntington N, Horan K, Epee-Bounya A, Schonwald A. Developmental Screening With Spanish-Speaking Families in a Primary Care Setting. *Clinical Pediatrics* 2016;55(4):347-55.
- Hwang A, Weng L, Liao H. Construct validity of the Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers. *Pediatrics International* 2010;52(4):598-606.
- Hwang A-W, Chou Y-T, Hsieh C-L, Hsieh W-S, Liao H-F, Wong AM-K. A developmental screening tool for toddlers with multiple domains based on Rasch analysis. *Journal of the Formosan Medical Association* 2015;114(1):23-34.
- Jaberg PE, Dixon DJ, Weis GM. Replication evidence in support of the psychometric properties of the Devereux Early Childhood Assessment. *Canadian Journal of School Psychology* 2009;24:158-66.
- Jennings DJ. Early childhood developmental screenings: Predictors of screening referral completion. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2013;73.
- Johnson-Staub C. First Steps for Early Success: State Strategies to Support Developmental Screening in Early Childhood Settings. Center for Law and Social Policy, Inc (CLASP) 2014.
- Karabekiroglu K, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Rodopman-Arman A, Akbas S. The clinical validity and reliability of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior & Development* 2010;33:503-9.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Kelle H. 'Age-appropriate development' as measure and norm: An ethnographic study of the practical anthropology of routine paediatric checkups. *Childhood: A Global Journal of Child Research* 2010;17(1):9-25.
- Kerstjens JM, Bos AF, ten Vergert EMJ, de Meer G, Butcher PR, Reijneveld SA. Support for the global feasibility of the Ages and Stages Questionnaire as developmental screener. *Early Human Development* 2009;85(7):443-7.
- Kim D-H, Lambert RG, Burts DC. Validating a developmental scale for young children using the Rasch model: Applicability of the Teaching Strategies GOLD assessment system. *J Appl Meas* 2014;15:405-21.
- Kim D-H et Smith J. Evaluation of Two Observational Assessment Systems for Children's Development and Learning. *NHSA Dialog* 2010;13(4):253-67.
- King TM, Tandon SD, Macias MM, Healy JA, Duncan PM, Swigonski NL, et al. Implementing developmental screening and referrals: Lessons learned from a national project. *Pediatrics* 2010;125(2):350-60.
- Koch H, Kastner-Koller U, Deimann P, Kossmeier C, Koitz C, Steiner M. The development of kindergarten children as evaluated by their kindergarten teachers and mothers. *Psychological Test and Assessment Modeling* 2011;53(2):241-57.
- Kroening ALH, Moore JA, Welch TR, Halterman JS, Hyman SL. Developmental screening of refugees: A qualitative study. *Pediatrics* 2016;138(3).
- Krogh MT, Vaever MS, Harder S, Koppe S. Cultural differences in infant development during the first year: A study of Danish infants assessed by the Bayley-III and compared to the American norms. *European Journal of Developmental Psychology* 2012;9(6):730-6.
- Kruizinga I, Jansen W, Carter AS, Raat H. Evaluation of an early detection tool for social-emotional and behavioral problems in toddlers: The Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment - A cluster randomized trial. *BMC public health* 2011;11:494. Kruizinga I, Jansen W, de Haan CL, Raat H. Reliability and validity of the KIPPI: An early detection tool for psychosocial problems in toddlers. *PLoS ONE* 2012;7.
- Kruizinga I, Jansen W, de Haan CL, van der Ende J, Carter AS, Raat H. Reliability and validity of the Dutch version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS ONE* 2012;7.
- Kruizinga I, Jansen W, van Sprang NC, Carter AS, Raat H. The effectiveness of the BITSEA as a tool to early detect psychosocial problems in toddlers, a cluster randomized trial. *PLoS ONE* 2015;10.
- Kucuker S, Kapci EG, Uslu RI. Evaluation of the Turkish version of the "Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional" in identifying children with social-emotional problems. *Infants & Young Children* 2011;24:207-20.
- Lajiness-O'Neill R, Brooks J, Lukomski A, Schilling S, Huth-Bocks A, Warschausky S, et al. Development and validation of PediaTracTM: A web-based tool to track developing infants. *Infant Behavior & Development* 2018;50:224-37.
- Lambie I et Krynen A. The utility of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening measure among children and adolescents who light fires. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2017;28:313-30.
- Leon AM, Holliker S, Pepe J. The importance of the first 5 years: Pediatrician identification of developmental delays and other related concerns. *Journal of Social Service Research* 2015;41(4):425-44.
- Liao H-F, Cheng L-Y, Hsieh W-S, Yang M-C. Selecting a cutoff point for a developmental screening test based on overall diagnostic indices and total expected utilities of professional preferences. *Journal of the Formosan Medical Association* 2010;109(3):209-18.
- Liao H-F, Yao G, Chien C-C, Cheng L-Y, Hsieh W-S. Likelihood ratios of multiple cutoff points of the Taipei City Developmental Checklist for Preschoolers, 2nd version. *J Formos Med Assoc* 2014;113(3):179-86.
- Lien MT et Carlson JS. Psychometric properties of the Devereux Early Childhood Assessment in a Head Start sample. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2009;27:386-96.
- Limbos MM et Joyce DP. Comparison of the ASQ and PEDS in screening for developmental delay in children presenting for primary care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2011;32:499-511.
- Limbos MM, Joyce DP, Roberts GJ. Nipissing District Developmental Screen: patterns of use by physicians in Ontario. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2010;56(2):e66-72.
- Linder T et Linas K. A Functional, Holistic Approach to Developmental Assessment through Play: The Transdisciplinary Play-Based Assessment, Second Edition. *Zero to Three* 2009;30(1):28-33.
- Liu X, Zhou X, Lackaff J. Incremental validity in the clinical assessment of early childhood development. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2013;31:506-15.
- Macha T et Petermann F. The ET 6-6: A method for developmental assessment for German-speaking countries. Special Issue: Developmental Assessment 2008;216:154-60. Mackin R, Fadel NB, Feberova J, Murray L, Nair A, Kuehn S, et al. ASQ3 and/or the Bayley-III to support clinicians' decision making. *PLoS ONE* 2017;12(2).
- Mackrides PS et Ryherd SJ. Screening for developmental delay. *American family physician* 2011;84(5):544-9.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Macy M. The evidence behind developmental screening instruments. *Infants & Young Children* 2012;25:19-61.
- Majewska R, Mrozek-Budzyn D, Kieltyka A, Augustyniak M. Usefulness of maternal assessment of children development based on reported age of achieved milestones. *Przegląd epidemiologiczny* 2013;67(3):487-7.
- Maleka BK, Van Der Linde J, Glascoe FP, Swanepoel DW. Developmental screening-Evaluation of an m-Health version of the Parents Evaluation Developmental Status Tools. *Telemedicine and e-Health* 2016;22:1013-8.
- Marks KP, Page Glascoe F, Macias MM. Enhancing the algorithm for developmental-behavioral surveillance and screening in children 0 to 5 years. *Clinical Pediatrics* 2011;50(9):853-68.
- Mathews TL, King ML, Kupzyk KA, Lake CM. Findings and implications of developmental screening for high-risk children referred to a tertiary developmental disability center. *Journal of Pediatric Health Care* 2014;28(6):507-15.
- McGookin E et D'Sa V. Developmental screening in a pediatric care practice. *Medicine and health, Rhode Island* 2011;94(7):194-6.
- McKnight S. Implementing the Ages and Stages questionnaire in health visiting practice. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association* 2014;87(11):28-32.
- Meisels SJ, Wen X, Beachy-Quick K. Authentic assessment for infants and toddlers: Exploring the reliability and validity of the Ounce Scale. *Applied Developmental Science* 2010;14(Developmental Psychology [2800]):55-71.
- Middleton M, Kelley A, Gleason MM. Clinical assessment of young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2017;26:441-54.
- Milne SL, McDonald JL, Comino EJ. Alternate scoring of the Bayley-III improves prediction of performance on Griffiths Mental Development Scales before school entry in preschoolers with developmental concerns. *Child: Care, Health and Development* 2015;41:203-12.
- Morelli DL, Pati S, Butler A, Blum NJ, Gerdes M, Pinto-Martin J, Guevara JP. Challenges to implementation of developmental screening in urban primary care: a mixed methods study. *BMC pediatrics* 2014;14:16.
- Morrison BM. Validation of the Best Beginnings Developmental Family Questionnaire: A high-risk population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2013;74(2-B(E)).
- Mrozek-Budzyn D, Kieltyka MAA, Majewska R. Validity and clinical utility of children development assesement using milestones reported by mothers. *Przegląd epidemiologiczny* 2014;68(1):71-5. Owens JS, Holdaway AS, Serrano VJ, Himawan LK, Watabe Y, Storer J, et al. Screening for social, emotional, and behavioral problems at kindergarten entry: The utility of two teacher rating scales. *School Mental Health* 2016;8:319-31.
- Pasia CC. Congruence between parents' and early childhood educators' perspectives about child development using a multi-dimensional screening instrument. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2015;75(7-A(E)).
- Pizur-Barnekow K, Erickson S, Johnston M, Bass T, Lucinski L, Bleuel D. Early identification of developmental delays through surveillance, screening, and diagnostic evaluation. *Infants & Young Children* 2010;23(4):323-30.
- Polis D. Kindergarten assessment: Development of a new measure. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2009;70(4-A):1161.
- Pontoppidan M, Niss NK, Pejtersen JH, Julian MM, Vaever MS. Parent report measures of infant and toddler social-emotional development: A systematic review. *Family Practice* 2017;34:127-37.
- Pool JL. Parent-completed developmental screening for preschool children: A study of concurrent validity and reliability. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2008;69(4-A):1328.
- Pool JL et Hourcade JJ. Developmental Screening: A Review of Contemporary Practice. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities* 2011;46(2):267-75.
- Poon JK, LaRosa AC, Pai GS. Developmental delay timely identification and assessment. *Indian pediatrics* 2010;47(5):415-22.
- Porter S, Qureshi R, Caldwell BA, Echevarria M, Dubbs WB, Sullivan MW. Developmental surveillance and screening practices by pediatric primary care providers: Implications for early intervention professionals. *Infants & Young Children* 2016;29(2):91-101.
- Poutiainen H, Hakulinen T, Laatikainen T, Kettunen T. Public health nurses' concerns in preschool-aged children's health check-ups. *Journal of Research in Nursing* 2015;20(7):536-49.
- Putnam SP, Helbig AL, Gartstein MA, Rothbart MK, Leerkes E. Development and assessment of Short and Very Short Forms of the Infant Behavior Questionnaire-Revised. *Journal of Personality Assessment* 2014;96:445-58.
- Raikes A. Measuring Child Development and Learning. *European Journal of Education* 2017;52(4):511-22.
- Rice CE, Naarden Braun KV, Kogan MD, Smith C, Kavanagh L, Strickland B, et al. Screening for developmental delays among young children--National Survey of Children's Health, United States, 2007. *MMWR supplements* 2014;63(2):27-35.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Rich EC, Shepherd EJ, Nangle DW. Validation of the SSRS-T, preschool level as a measure of positive social behavior and conduct problems. *Education & Treatment of Children* 2008;31:183-202.
- Rothstein A, Miskovic A, Nitsch K. Brief Review of Psychometric Properties and Clinical Utility of the Ages and Stages Questionnaires, Third Edition for Evaluating Pediatric Development. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2017;98(4):809-10. Ryan-Krause P, Meadows-Oliver M, Sadler L, Swartz MK. Developmental status of children of teen mothers: Contrasting objective assessments with maternal reports. *Journal of Pediatric Health Care* 2009;23(5):303-9.
- Rybski DA et Wilder E. A pilot study to identify developmental delay in children in underserved urban community child care settings. *Journal of Allied Health* 2008;37(1):e34-49.
- Sabanathan S, Wills B, Gladstone M. Child development assessment tools in low-income and middle-income countries: how can we use them more appropriately? *Archives of disease in childhood* 2015;100(5):482-8.
- Saleem S et Mehmood Z. Development of a scale for assessing emotional and behavioral problems of school children. *Pakistan Journal of Clinical and Social Psychology* 2011;9:73-8.
- San Antonio MC, Fenick AM, Shabanova V, Leventhal JM, Weitzman CC. Developmental Screening Using the Ages and Stages Questionnaire: Standardized versus Real-World Conditions. *Infants and Young Children* 2014;27(2):111-9.
- Sanner N, Smith L, Wentzel-Larsen T, Moe V. Early identification of social-emotional problems: Applicability of the Infant-Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA) at its lower age limit. *Infant Behavior & Development* 2016;42:69-85.
- Santos RGHD et Celeri EHRV. Screening for mental health problems in preschoolers at primary health care settings. 2018;36(1):9.
- Sawyer ACP, Chittleborough CR, Lynch JW, Baghurst P, Mitty MN, Kaim ALE, Sawyer MG. Can screening 4-5 year olds accurately identify children who will have teacher-reported mental health problems when children are aged 6-7 years? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014;48(6):554-63.
- Schoeman JC, Swanepoel DW, van der Linde J. Developmental screening: predictors of follow-up adherence in primary health care. *African health sciences* 2017;17(1):52-61.
- Schonhaut L, Armijo I, Schonstedt M, Alvarez J, Cordero M. Validity of the Ages and Stages Questionnaires in term and preterm infants. *Pediatrics* 2013;131:e1468-e74.
- Schonwald A, Horan K, Huntington N. Developmental screening: is there enough time? *Clinical Pediatrics* 2009;48(6):648-55.
- Schonwald A, Huntington N, Chan E, Risko W, Bridgemohan C. Routine developmental screening implemented in urban primary care settings: more evidence of feasibility and effectiveness. *Pediatrics* 2009;123(2):660-8.
- Sette S, Baumgartner E, MacKinnon DP. Assessing social competence and behavior problems in a sample of Italian preschoolers using the Social Competence and Behavior Evaluation Scale. *Early Education and Development* 2015;26:46-65.
- Shannon KF. Validating the Best Beginnings Developmental Screen in a childcare setting. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2016;77(5-B(E)).
- Shannon P et Anderson PR. Developmental screening in community health care centers and pediatric practices: An evaluation of the Baby Steps Program. *Intellectual and Developmental Disabilities* 2008;46(4):281-9.
- Sheldrick RC, Henson BS, Merchant S, Neger EN, Murphy JM, Perrin EC. The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): development and initial validation of a new social/emotional screening instrument. *Academic pediatrics* 2012;12(5):456-67. Sheldrick RC, Neger EN, Perrin EC. Concerns about development, behavior, and learning among parents seeking pediatric care. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP* 2012;33(2):156-60.
- Shires MJ. Kindergarten Readiness: Using Brigance Data to Prepare Students for School Entry. ProQuest LLC EdD Dissertation, Northern Kentucky University 2017;
- Sices L, Drotar D, Keilman A, Kirchner HL, Roberts D, Stancin T. Communication about child development during well-child visits: impact of parents' evaluation of developmental status screener with or without an informational video. *Pediatrics* 2008;122(5):e1091-9.
- Sim F, Haig C, O'Dowd J, Thompson L, Law J, McConnachie A, et al. Development of a triage tool for neurodevelopmental risk in children aged 30 months. *Research in Developmental Disabilities* 2015;45-46:69-82.
- Simpson S, D'Aprano A, Tayler C, Khoo ST, Highfold R. Validation of a culturally adapted developmental screening tool for Australian Aboriginal children: Early findings and next steps. *Early Human Development* 2016;103:91-5.
- Singh A, Squires J, Yeh CJ, Heo KH, Bian H. Validity and reliability of the developmental assessment screening scale. *Journal of family medicine and primary care* 2016;5(1):124-8.
- Sivan AB, Ridge A, Gross D, Richardson R, Cowell J. Analysis of two measures of child behavior problems by African American, Latino, and non-Hispanic Caucasian parents of young children: a focus group study. *Journal of pediatric nursing* 2008;23(1):20-7.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Sivberg B, Lundqvist P, Johanson I, Nordstrom B, Persson BA. Screening of infants at eight months for atypical development in primary health care in southern Sweden. *Early Child Development and Care* 2016;186(2):287-306.
- Staal IIE, van den Brink HAG, Hermanns JMA, Schrijvers AJP, van Stel HF. Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: Development and feasibility of a structured interview. *Child: Care, Health and Development* 2011;37:503-11.
- Staal IIE, van Stel HF, Hermanns JMA, Schrijvers AJP. Early detection of parenting and developmental problems in young children: Non-randomized comparison of visits to the well-baby clinic with or without a validated interview. *International Journal of Nursing Studies* 2016;62:1-10.
- Stahlhut M, Gard G, Aadahl M, Christensen J. Discriminative validity of the Danish version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Physical & occupational therapy in pediatrics* 2011;31(1):78-89.
- Steenis LJP, Verhoeven M, Hessen DJ, van Baar AL. Parental and professional assessment of early child development: The ASQ-3 and the Bayley-III-NL. *Early Human Development* 2015;91(3):217-25.
- Stefan CA, Balaj A, Porumb M, Albu M, Miclea M. Preschool screening for social and emotional competencies-Development and psychometric properties. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal* 2009;13:121-46. Sveen TH, Berg-Nielsen TS, Lydersen S, Wichstrom L. Detecting psychiatric disorders in preschoolers: Screening with the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013;52(7):728-36.
- Szaniecki E et Barnes J. Measurement issues: Measures of infant mental health. *Child and Adolescent Mental Health* 2016;21:64-74.
- Talmi A, Bunik M, Asherin R, Rannie M, Watlington T, Beaty B, Berman S. Improving developmental screening documentation and referral completion. *Pediatrics* 2014;134(4):e1181-e8.
- Theunissen MHC, Vogels AGC, de Wolff MS, Crone MR, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial problems among 3 to 4-year olds. *BMC pediatrics* 2015;15:84.
- Theunissen MHC, Vogels AGC, Reijneveld SA. Work experience and style explain variation among pediatricians in the detection of children with psychosocial problems. *Academic pediatrics* 2012;12(6):495-501.
- Thomas RE, Spragins W, Mazloum G, Cronkhite M, Maru G. Rates of detection of developmental problems at the 18-month well-baby visit by family physicians' using four evidence-based screening tools compared to usual care: A randomized controlled trial. *Child: Care, Health and Development* 2016;42(3):382-93.
- Thomas SA, Cotton W, Pan X, Ratliff-Schaub K. Comparison of systematic developmental surveillance with standardized developmental screening in primary care. *Clinical Pediatrics* 2012;51(2):154-9.
- Tsai Y-P, Tung L-C, Lee Y-C, Wang Y-L, Yen Y-S, Chen K-L. Selecting score types for longitudinal evaluations: the responsiveness of the Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers in children with developmental disabilities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016;12:1103-9.
- Urkin J, Bar-David Y, Porter B. Should we consider alternatives to universal well-child behavioral-developmental screening? *Frontiers in pediatrics* 2015;3:21.
- Valla L, Birkeland MS, Hofoss D, Slinning K. Developmental pathways in infants from 4 to 24 months. *Child: Care, Health and Development* 2017;43(4):546-55.
- van Stel HF, Staal IIE, Hermanns JMA, Schrijvers AJP. Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC pediatrics* 2012;12:71.
- Veldhuizen S, Bedard C, Rodriguez C, Cairney J. Psychological distress and parent reporting on child health: The case of developmental delay. *Research in Developmental Disabilities* 2017;63:11-7.
- Veldhuizen S, Clinton J, Rodriguez C, Wade TJ, Cairney J. Concurrent validity of the Ages And Stages Questionnaires and Bayley Developmental Scales in a general population sample. *Academic pediatrics* 2015;15(2):231-7.
- Veldhuizen S, Rodriguez C, Wade TJ, Cairney J. Misclassification due to age grouping in measures of child development. *Archives of disease in childhood* 2015;100(3):220-4.
- Velikonja T, Edbrooke-Childs J, Calderon A, Slead M, Brown A, Deighton J. The psychometric properties of the Ages & Stages Questionnaires for ages 2-2.5: a systematic review. *Child: Care, Health and Development* 2017;43(1):1-17.
- Vitrikas K, Savard D, Bucaj M. Developmental Delay: When and How to Screen. *American family physician* 2017;96(1):36-43. Warren R, Kenny M, Bennett T, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Sherifali D, Raina P. Screening for developmental delay among children aged 1-4 years: a systematic review. *CMAJ open* 2016;4(1):E20-7.
- Williams AA, Cormack CL, Chike-Harris K, Durham CO, Fowler TO, Jensen EA. Pediatric developmental screenings: a primary care approach. *The Nurse practitioner* 2015;40(4):34-9.

Exclusion en raison du critère « Population » (n=205)

- Williams ME, Zamora I, Akinsilo O, Chen AH, Poulsen MK. Broad Developmental Screening Misses Young Children With Social-Emotional Needs. *Clinical Pediatrics* 2018;57(7):844-9.
- Woolfenden S, Posada N, Krchnakova R, Crawford J, Gilbert J, Jursik B, et al. Equitable access to developmental surveillance and early intervention-Understanding the barriers for children from culturally and linguistically diverse (CALD) backgrounds. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy* 2015;18(6):3286-301.
- Yoong T, McKenzie A, Grace R. Is the Australian Developmental Screening Test (ADST) a useful step following the completion of the Ages and Stages Questionnaire (ASQ) on the pathway to diagnostic assessment for young children? *Australian Journal of Child & Family Health Nursing* 2015;12(1):4-8.
- Yovanoff P, Squires J, McManus S. Adaptation from Paper-Pencil to Web-Based Administration of a Parent-Completed Developmental Questionnaire for Young Children. *Infants and Young Children* 2013;26(4):318-32.
- Yunus F. Cross-Cultural Adaptation of Developmental Criteria for Young Children: A Preliminary Psychometric Study. *International Education Studies* 2014;7(13):130-45.
- Zelinger J. Screening for developmental delay in at-risk children: Ages and stages. questionnaire in an adolescent primary care clinic. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2015;76(6-B(E)).
- Zhou M et Ee J. Development and validation of the Social Emotional Competence Questionnaire (SECQ). *The International Journal of Emotional Education* 2012;4:27-42.

Exclusion en raison du critère « Intervention » (n=114)

- Aylward GP. Continuing issues with the Bayley-III: Where to go from here? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2013;34:697-701.
- Aylward GP. Developmental screening and assessment: What are we thinking? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2009;30:169-75.
- Bergen D. Play as a method of assessing young children's development and learning: Past, present, future. *Contemporary perspectives on research in assessment and evaluation in early childhood education* 2015:221-44.
- Bergeron L et Smolla N. L'évaluation de la santé mentale des jeunes. Que nous apprend la recherche? *Séminaire de formation Communauté de pratique en épidémiologie sociale* 2014;
- Berry AD, Garzon DL, Mack P, Kanwischer KZ, Beck DG. Implementing an early childhood developmental screening and surveillance program in primary care settings: Lessons learned from a project in Illinois. *Journal of Pediatric Health Care* 2014;28(6):516-25.
- Blanco-Villasenor A et Escolano-Perez E. Observational data analysis using generalizability theory and general and mixed linear models: An empirical study of infant learning and development. *Anales de Psicología* 2017;33(3):450-60.
- Bolig S et Kelle H. The Implicit Construction of "Children at Risk": On the Dynamics of Practice and Programme in Development Screenings in Early Childhood. *Journal of Early Childhood Research* 2013;11(3):248-61.
- Bowers EP, Li Y, Kiely MK, Brittan A, Lerner JV, Lerner RM. The Five Cs model of Positive Youth Development: A longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measurement invariance. *Journal of Youth and Adolescence* 2010;39(7):720-35.
- Brazeau JN, Teatero ML, Rawana EP, Brownlee K, Blanchette LR. The strengths assessment inventory: Reliability of a new measure of psychosocial strengths for youth. *Journal of Child and Family Studies* 2012;21:384-90.
- Brinkman S, Sayers M, Goldfeld S, Kline J. Population monitoring of language and cognitive development in Australia: The Australian Early Development Index. *International Journal of Speech-Language Pathology* 2009;11:419-30.
- Burns JR et Rapee RM. Screening for mental health risk in high schools: The development of the Youth RADAR. *Psychological Assessment* 2016;28:1220-31.
- Burns MK, Parker DC, Jacob S. Legal issues in school psychological assessments. *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol 3: Testing and assessment in school psychology and education* 2013;67, 461-502.
- Caldarella P, Hallam PR, Christensen L, Wall G. Systematic Screening for Behavior Disorders in Professional Development Schools: A Social Validity Study. *School-University Partnerships* 2014;7(2):19-33.
- Calheiros MM, Lopes D, Patricio JN. Assessment of the needs of youth in residential care: Development and validation of an instrument. *Children and Youth Services Review* 2011;33:1930-8.
- Calheiros MM et Patricio JN. Assessment of needs in residential care: Perspectives of youth and professionals. *Journal of Child and Family Studies* 2014;23(3):461-74. Carnazzo KW. An evaluation of the Social Emotional Health Survey-Secondary

Exclusion en raison du critère « Intervention » (n=114)

- for use with students with learning disabilities: Confirmatory factor analysis, measurement invariance, and comparative analyses. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2018;78:No-Specified.
- Catale C, Geurten M, Lejeune C, Meulemans T. The Conners Parent Rating Scale: Psychometric properties in typically developing 4- to 12-year-old Belgian French-speaking children. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 2014;64:221-7.
- Christofides S. Late entries into care. *Clinical practice at the edge of care: Developments in working with at-risk children and their families* 2016;(Action for Children. (2015). *Impact Report 2015: Making their lives better: Now, tomorrow and every day*. Retrieved from <http://www.actionforchildren.org.uk>):129-51.
- Chun TH, Mace SE, Katz ER. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *Pediatrics* 2016;138:No-Specified.
- Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC public health* 2011;11:487.
- Cunningham CE, Boyle MH, Hong S, Pettingill P, Bohaychuk D. The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 1. Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50:416-23.
- Curtin M, Browne J, Staines A, Perry IJ. The Early Development Instrument: an evaluation of its five domains using Rasch analysis. *BMC pediatrics* 2016;16:10.
- Davies S, Janus M, Duku E, Gaskin A. Using the Early Development Instrument to examine cognitive and non-cognitive school readiness and elementary student achievement. *Early Childhood Research Quarterly* 2016;35:63-75.
- Davis DW, Logsdon MC, Myers J, Ryan L, Evanow K, Hancock M. Development and Initial Testing of the Parent Beliefs about Early Childhood Social-Emotional Development Instrument. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016;30(4):492-6.
- de la Osa N, Granero R, Penelo E, Domenech JM, Ezpeleta L. The short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire in a community sample of preschoolers. *Assessment* 2014;21:463-76.
- Dempster RM, Wildman BG, Langkamp D, Duby JC. Pediatrician identification of child behavior problems: The roles of parenting factors and cross-practice differences. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2012;19:177-87.
- Dever BV et Kamphaus RW. Behavioral, social, and emotional assessment of children. *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol 3: Testing and assessment in school psychology and education* 2013 *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 541-547.
- Diamond G, Levy S, Bevans KB, Fein JA, Wintersteen MB, Tien A, Creed T. Development, validation, and utility of Internet-based, behavioral health screen for adolescents. *Pediatrics* 2010;126:e163-e70.
- Dittman CK, Burke K, Filus A, Haslam D, Ralph A. Measuring positive and negative aspects of youth behavior: Development and validation of the Adolescent Functioning Scale. *Journal of Adolescence* 2016;52:135-45.
- Dowell KA et Ogles BM. The Ohio Scales youth form: Expansion and validation of a self-report outcome measure for young children. *Journal of Child and Family Studies* 2008;17:291-305.
- Eapen V, Woolfenden S, Williams K, Jalaludin B, Dissanayake C, Axelsson EL, et al. "Are you available for the next 18 months?" - methods and aims of a longitudinal birth cohort study investigating a universal developmental surveillance program: the 'Watch Me Grow' study. *BMC pediatrics* 2014;14:234.
- Earls MF. Behavioral and developmental screening advice from ABCD states' experience. *Pediatric annals* 2013;42(7):266.
- Ebesutani C, Bernstein A, Chorpita BF, Weisz JR. A transportable assessment protocol for prescribing youth psychosocial treatments in real-world settings: Reducing assessment burden via self-report scales. *Psychological Assessment* 2012;24:141-55.
- Eccles J, Brown BV, Templeton J. A developmental framework for selecting indicators of well-being during the adolescent and young adult years. *Key indicators of child and youth well-being: Completing the picture* 2008;:197-236.
- Englander R, Hicks P, Benson B, Pediatric Milestone Project Working G. Pediatrics milestones: a developmental approach to the competencies. *The Journal of Pediatrics* 2010;157(4):521-2.e1.
- Epstein MH, Synhorst LL, Cress CJ, Allen EA. Development and standardization of a test to measure the emotional and behavioral strengths of preschool children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2009;17:29-37.
- Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M, et al. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health* 2009;54 Suppl 2:160-6.
- Essex MJ, Kraemer HC, Slattery MJ, Burk LR, Boyce WT, Woodward HR, Kupfer DJ. Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(5):562-70. Evans

Exclusion en raison du critère « Intervention » (n=114)

- IM. Ethical issues. Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment, Vol 2: Children and adolescents 2008;(Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.):176-95.
- Feeney-Kettler KA. Early identification of preschool students at risk for emotional and behavioral disorders: Development and validation of a parent-teacher screener. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 2009;69(9-A):3451.
- Forer B et Zumbo BD. Validation of multilevel constructs: Validation methods and empirical findings for the EDI. Special Issue: Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness 2011;103:231-65.
- Forsyth OF. A Qualitative Methodological Approach toward the Understanding of Louisiana's Prekindergarten LA 4 Quartile I Students. ProQuest LLC 2011.
- Gibbons RD et deGruy FV. Without Wasting a Word: Extreme Improvements in Efficiency and Accuracy Using Computerized Adaptive Testing for Mental Health Disorders (CAT-MH). Current psychiatry reports 2019;21(8):67.
- Godoy L. Linking universal developmental/behavioral health screening and on-site mental health consultation: Examining gaps in service delivery. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2014;74(9-B(E)).
- Guastaferro KM, Lutzker JR, Jabaley JJ, Shanley JR, Crimmins DB. Teaching young mothers to identify developmental milestones. Child health and human development yearbook 2013 2014:259-72.
- Guhn M et Goelman H. Bioecological theory, early child development and the validation of the population-level Early Development Instrument. Special Issue: Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness 2011;103:193-217.
- Guhn M, Zumbo BD, Janus M, Hertzman C. Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness. Special Issue: Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness 2011;103:183-91.
- Guner O. Psychometric properties and normative values of Early Maladaptive Schema Questionnaires Set for Children and Adolescents (SQS). Clinical Psychology & Psychotherapy 2017;24:534-54.
- Guttmanova K, Szanyi JM, Cali PW. Internalizing and externalizing behavior problem scores: Cross-ethnic and longitudinal measurement invariance of the Behavior Problem Index. Educational and Psychological Measurement 2008;68:676-94.
- Hadjkacem I, Ayadi H, Sahnoun C, Belarbi M, Walha A, Moalla Y, Ghribi F. Screening for language and behavior difficulties using the questionnaire of Chevrie-Muller in children aged 3.5 years: A cross-sectional Tunisian study. Reperage des difficultes de langage et de comportement chez les enfants de trois ans et demi a l'aide du questionnaire de Chevrie-Muller: Etude transversale Tunisienne 2016;174:634-8.
- Hagquist C et Hellstrom L. The psychometric properties of the Early Development Instrument: A Rasch analysis based on Swedish pilot data. Social Indicators Research 2014;117:301-17.
- Harms T, Cryer D, Clifford RM, Yazejian N. Infant/Toddler Environment Rating Scale (ITERS-3). Third Edition. Teachers College Press 2017.
- Harris J et Norton A. The Quick Peek Program: A model for developmental screening within underserved communities. Infants & Young Children 2016;29(4):290-8.
- Haynes LV. Differences in social emotional competencies in children: Exploring the impact of developmental stage and gender on responses on a self-report instrument. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2017;78(5-B(E)):No-Specified.
- Helm D. Judgements or assumptions? The role of analysis in assessing children and young people's needs. British Journal of Social Work 2011;41(5):894-911.
- Hertzman C, Clinton J, Lynk A, Canadian Paediatric Society EYTF. Measuring in support of early childhood development. Paediatrics & child health 2011;16(10):655-60.
- Holmbeck GN, Thill AW, Bachanas P, Garber J, Miller KB, Abad M, et al. Evidence-based assessment in pediatric psychology: Measures of psychosocial adjustment and psychopathology. Journal of Pediatric Psychology 2008;33:958-80.
- Hultman E, Cederborg A-C, Magnusson KF. Social workers' assessments of children's health when arguing for children's needs. Child & Adolescent Social Work Journal 2015;32(4):301-8.
- Johnson SR, Finlon KJ, Izard CE. The development and validation of the behavior and emotion expression observation system to characterize preschoolers' social and emotional interactions. Early Education and Development 2016;27:896-913.
- Kotelnikova Y, Olino TM, Klein DN, Kryski KR, Hayden EP. Higher- and lower-order factor analyses of the Children's Behavior Questionnaire in early and middle childhood. Psychological Assessment 2016;28:92-108.

Exclusion en raison du critère « Intervention » (n=114)

- Kovacs SA. The criterion and convergent validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in an American adolescent inpatient sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2012;73(3-B):1850.
- Krieg S et Curtis D. Involving Parents in Early Childhood Research as Reliable Assessors. *European Early Childhood Education Research Journal* 2017;25(5):717-31. Ktunaxa MAS. An Indigenous knowledges perspective on valid meaning making: A commentary on research with the EDI and Aboriginal communities. *Special Issue: Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness* 2011;103:315-25.
- Last A, Henley W, Norman S, Goodman R, Ford T. Innovations in practice: Feasibility of the development and well-being assessment as an adjunct to clinical assessment in child and adolescent mental health services. *Child and Adolescent Mental Health* 2014;19(2):142-6.
- LeBoeuf WA, Fantuzzo JW, Lopez ML. Measurement and Population Miss-Fits: A Case Study on the Importance of Using Appropriate Measures to Evaluate Early Childhood Interventions. *Applied Developmental Science* 2010;14(1):45-53.
- Leerkes EM, Su J, Reboussin BA, Daniel SS, Payne CC, Grzywacz JG. Establishing the measurement invariance of the very short form of the Infant Behavior Questionnaire Revised for mothers who vary on race and poverty status. *Journal of Personality Assessment* 2017;99:94-103.
- Macy M et Bagnato SJ. The authentic alternative for assessment in early childhood intervention. *The Oxford handbook of child psychological assessment* 2013:671-82.
- Malti T, Zuffiano A, Noam GG. Knowing Every Child: Validation of the Holistic Student Assessment (HSA) as a Measure of Social-Emotional Development. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research* 2018;19(3):306-17.
- McFarland L. Anecdotal Records: Valuable Tools for Assessing Young Children's Development. *Dimensions of Early Childhood* 2008;36(1):31-6.
- Merrell KW, Felver-Gant JC, Tom KM. Development and validation of a parent report measure for assessing social-emotional competencies of children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 2011;20:529-40.
- Milne S et McDonald J. Assessing adaptive functioning in preschoolers referred for diagnosis of developmental disabilities. *Infants & Young Children* 2015;28:248-61.
- Morawska A, Sanders MR, Haslam D, Filus A, Fletcher R. Child Adjustment and Parent Efficacy Scale: Development and initial validation of a parent report measure. *Australian Psychologist* 2014;49(4):241-52.
- Mousavi A et Krishnan V. Setting the scope for early child development instrument (EDI): A psychometric re-examination of the tool with Alberta data. *Social Indicators Research* 2015;122(Cognitive & Perceptual Development [2820]):925-44.
- Muhajarine N, Puchala C, Janus M. Does the EDI equivalently measure facets of school readiness for Aboriginal and non-Aboriginal children? *Special Issue: Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness* 2011;103(Cognitive & Perceptual Development [2820]):299-314.
- Olivier M et Herve M. The Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C): A French validation on 8- to 14-year-old children. *Personality and Individual Differences* 2015;87(Psychosocial & Personality Development [2840]):55-8.
- Renshaw TL. Psychometric properties of the Social and Emotional Health Survey with a small sample of academically at-risk adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2016;34(Academic Learning & Achievement [3550]):487-95.
- Roy BV, Veenstra M, Clench-Aas J. Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008;49(Psychosocial & Personality Development [2840]):1304-12.
- Ruchkin V, Jones S, Vermeiren R, Schwab-Stone M. The strengths and difficulties questionnaire: The self-report version in American urban and suburban youth. *Psychological Assessment* 2008;20(Psychological Disorders [3210]):175-82.
- Sandell R, Kimber B, Andersson M, Elg M, Fharm L, Gustafsson N, Soderbaum W. Psychometric analysis of a measure of socio-emotional development in adolescents. *Educational Psychology in Practice* 2012;28(Psychosocial & Personality Development [2840]):395-410.
- Schonert-Reichl KA, Guhn M, Gadermann AM, Hymel S, Sweiss L, Hertzman C. Development and validation of the Middle Years Development Instrument (MDI): Assessing children's well-being and assets across multiple contexts. *Social Indicators Research* 2013;114(Classroom Dynamics & Student Adjustment & Attitudes [3560]):345-69.
- Schroeder SR, Rojahn J, An X, Mayo-Ortega L, Oyama-Ganiko R, LeBlanc J. The Parental Concerns Questionnaire: A brief screening instrument for potentially severe behavior problems in infants and toddlers at-risk for developmental delays. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2014;26(Developmental Psychology [2800]):237-47.
- Sevadjan C. Confirmatory factor analysis of the NEPSY: A developmental neuropsychological assessment, second edition in a mixed clinical sample of children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2015;76(Health & Mental Health Treatment & Prevention [3300]):No-Specified.

Exclusion en raison du critère « Intervention » (n=114)

- Sheldrick RC et Perrin EC. Evidence-based milestones for surveillance of cognitive, language, and motor development. *Academic pediatrics* 2013;13(6):577-86.
- Sheldrick RC et Perrin EC. Surveillance of children's behavior and development: Practical solutions for primary care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2009;30(Health & Mental Health Services [3370]):151-3. Sierra JO, Chocarro E, Fonseca-Pedrero E, Sastre i Riba S, Muniz J. The assessment of emotional and Behavioural problems: Internal structure of The Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2015;15(Behavior Disorders & Antisocial Behavior [3230]):265-73.
- Silver RB, Newland RP, Hartz K, Jandasek B, Godoy L, Lingras KA, et al. Integrating early childhood screening in pediatrics: A longitudinal qualitative study of barriers and facilitators. *Special Issue: Using Qualitative Research Methods to Improve Clinical Care* 2017;5(4):426-40.
- Simental JM. An exploratory analysis of BASC-2 content scale profiles among adolescents identified as eligible for special education services within the public school setting. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2012;73(3-B):1894.
- Smith GL et McGuinness TM. Adolescent psychosocial assessment: The HEEADSSS. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2017;55(Psychosocial & Personality Development [2840]):24-7.
- Stahlhut M, Christensen J, Aadahl M. Applicability and intrarespondent reliability of the pediatric evaluation of disability inventory in a random Danish sample. *Pediatric physical therapy : the official publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association* 2010;22(2):161-9.
- Stepien-Nycz M, Rostek I, Bialecka-Pikul M, Bialek A. The Polish adaptation of the Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ): Psychometric properties, age and gender differences and convergence between the questionnaire and the observational data. *European Journal of Developmental Psychology* 2018;15(2):192-213.
- Stevanovic D, Urban R, Atilola O, Vostanis P, Singh Balhara YP, Avicenna M, et al. Does the Strengths and Difficulties Questionnaire-Self report yield invariant measurements across different nations? Data from the International Child Mental Health Study Group. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2015;24(Cognitive & Perceptual Development [2820]):323-34.
- Svedin CG et Priebe G. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62(Psychosocial & Personality Development [2840]):225-32.
- Thomaidis L, Mantoudis S, Kyprianou M, Janikian M, Konstantopoulos A. Development of a screening tool for children prior to school entrance. *The Turkish journal of pediatrics* 2014;56(4):374-84.
- Thombs BD, Saadat N, Riehm KE, Karter JM, Vaswani A, Andrews BK, et al. Consistency and sources of divergence in recommendations on screening with questionnaires for presently experienced health problems or symptoms: a comparison of recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, UK National Screening Committee, and US Preventive Services Task Force. *BMC medicine* 2017;15(1):150.
- Thomson KC, Oberle E, Gadermann AM, Guhn M, Rowcliffe P, Schonert-Reichl KA. Measuring social-emotional development in middle childhood: The Middle Years Development Instrument. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2018;55(Psychosocial & Personality Development [2840]):107-18.
- Thorne M. The development and validation of an observational measure of children's internalizing and externalizing behaviors for use in the Head Start setting: The Child Brief Observation Measure of Behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2008;68(Psychometrics & Statistics & Methodology [2200]):8416.
- Tormanen MRK et Roebbers CM. Developmental Outcomes of Children in Classes for Special Educational Needs: Results from a Longitudinal Study. *Journal of Research in Special Educational Needs* 2018;18(2):83-93.
- Toros K. Child protective workers' reflections on principles underpinning the assessment of children in need: The case of Estonia. *International Social Work* 2017;60(5):1255-67.
- Tronick E et Lester BM. Grandchild of the NBAS: The NICU Network Neurobehavioral Scale (NNNS). *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2013;26(Cognitive & Perceptual Development [2820]):193-203.
- Tyler-Merrick G et Church J. The Importance of Effective Behaviour Screening in the Early Years. *Emotional & Behavioural Difficulties* 2013;18(1):77-87.
- Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA, Cicchetti D. Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry* 2015;72(11):1135-42.
- Valadie FM. Contrasting characteristics of childcare agencies that assess and do not assess for development. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2013;73(10-A(E)):No-Specified.
- van der Meer M, Dixon A, Rose D. Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008;17(Behavior Disorders & Antisocial Behavior [3230]):491-7.

Exclusion en raison du critère « Intervention » (n=114)

- Vogt JJ. Evidence-based medicine as a predictor of use of developmental screening tools in a population of South Dakota pediatricians and family physicians. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2012;72(11-B):7068.
- von der Embse NP, Iaccarino S, Mankin A, Kilgus SP, Magen E. Development and validation of the Social, Academic, and Emotional Behavior Risk Screener-Student Rating Scale. *Assessment for Effective Intervention* 2017;42(Classroom Dynamics & Student Adjustment & Attitudes [3560]):186-92.
- Walker BA. Effective Schoolwide Screening to Identify Students at Risk for Social and Behavioral Problems. *Intervention in School and Clinic* 2010;46(2):104-10. Wall SE, Williams WH, Morris RG, Bramham J. The development of a new measure of social-emotional functioning for young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2011;16(Psychosocial & Personality Development [2840]):301-15.
- Weber P et Jenni O. Screening in child health: Studies of the efficacy and relevance of preventive care practices. *Deutsches Arzteblatt International* 2012;109(24):431-5.
- Weitzman C, Wegner L, Section on D, Behavioral P, Committee on Psychosocial Aspects of C, Family H, et al. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems.[Erratum appears in *Pediatrics*. 2015 May;135(5):946; PMID: 25934898]. *Pediatrics* 2015;135(2):384-95.
- Welfare AloHa. National Outcome Measures for Early Childhood Development: Development of an Indicator-Based Reporting Framework. Australian Institute of Health and Welfare 2011;
- Wilson MP. Improving school policy on social and emotional development: Examining social and emotional development policy in early childhood programs. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2015;75(8-B(E)):No-Specified.
- You S, Furlong M, Felix E, O'Malley M. Validation of the Social and Emotional Health Survey for Five Sociocultural Groups: Multigroup Invariance and Latent Mean Analyses. *Psychology in the Schools* 2015;52(4):349-62.
- Zaccario M, Sossin KM, DeGroat J. Assessment of infants and toddlers. *Evidence-based practice in infant and early childhood psychology* 2009;(Developmental Psychology [2800]):93-127.
- Zeller-Berkman S, Munoz-Proto C, Torre ME. A Youth Development Approach to Evaluation: Critical Participatory Action Research. *Afterschool Matters* 2015;(22):24-31.

Exclusion en raison du critère « Outcomes » (n=97)

- Aubrey C et Ward K. Early Years Practitioners' Views on Early Personal, Social and Emotional Development. *Emotional & Behavioural Difficulties* 2013;18(4):435-47.
- Bernedo IM, Salas MD, Garcia-Martin MA, Fuentes MJ. Teacher assessment of behavior problems in foster care children. *Children and Youth Services Review* 2012;34(4):615-21.
- Bérubé A, Lafantaisie V, Coutu S, Dubeau D, Caron J, Couvillon L, Giroux M. Élaboration d'un outil écosystémique et participatif pour l'analyse des besoins des enfants en contexte de négligence: L'outil Place aux parents. *Revue de psychoéducation* 2015;44(1):105-20.
- Bevans KB, Riley AW, Moon J, Forrest CB. Conceptual and methodological advances in child-reported outcomes measurement. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research* 2010;10(4):385-96.
- Brownell CA, Lemerise EA, Pelphrey KA, Roisman GI. Measuring socioemotional development. *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes*, Vol 3, 7th ed 2015;(Ablow, J. C., & Measelle, J. R. (1993). Berkeley Puppet Interview: Administration and scoring system manuals. Berkeley: University of California Press.):11-56.
- Castro S, Coelho V, Pinto A. Identification of functional domains in developmental measures: An ICF-CY analysis of Griffiths developmental scales and Schedule of Growing Skills II. *Developmental Neurorehabilitation* 2016;19(Cognitive & Perceptual Development [2820]):231-7.
- Catino E, Di Trani M, Giovannone F, Manti F, Nunziata L, Piccari F, et al. Screening for Developmental Disorders in 3- and 4-Year-Old Italian Children: A Preliminary Study. *Frontiers in pediatrics* 2017;5(101615492):181.
- Clay H, Surgenor LJ, Frampton CM. Assessing emotional and behavioural problems in children: Factors associated with multiple informant consistency in New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology* 2008;37(Psychosocial & Personality Development [2840]):10-6.
- CLIPP. Étude de normalisation. Grille d'évaluation du développement (GED) pour les enfants de 0 à 5 ans. Rapport synthèse. 2010.
- Coker KL, Wernsman J, Ikpe UN, Brooks JS, Bushell LL, Kahn BA. Using the Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 on a community sample of African American and Latino/a juvenile offenders to identify mental health and substance abuse treatment needs. *Criminal Justice and Behavior* 2014;41(4):492-511.

Exclusion en raison du critère « Outcomes » (n=97)

- Connolly AM, Cunningham C, Sinclair AJ, Rao A, Lonergan A, Bye AME. 'Beyond Milestones': A randomised controlled trial evaluating an innovative digital resource teaching quality observation of normal child development. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2014;50(5):393-8. Corter C, Patel S, Pelletier J, Bertrand J. The early development instrument as an evaluation and improvement tool for school-based, integrated services for young children and parents: The Toronto First Duty Project. *Early Education and Development* 2008;19(5):773-94.
- Czincz J. Examining how the mental health needs of children who have experienced maltreatment are identified and addressed in Ontario: A focus on childhood sexual abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2014;74(9-B(E)):No-Specified.
- Davis DW, Honaker SM, Jones VF, Williams PG, Stocker F, Martin E. Identification and management of behavioral/mental health problems in primary care pediatrics: perceived strengths, challenges, and new delivery models. *Clinical Pediatrics* 2012;51(10):978-82.
- Deighton J, Tymms P, Vostanis P, Belsky J, Fonagy P, Brown A, et al. The development of a school-based measure of child mental health. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2013;31(Educational/Vocational Counseling & Student Services [3580]):247-57.
- Dever BV, Mays KL, Kamphaus RW, Dowdy E. The factor structure of the BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System Teacher Form, Child/Adolescent. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2012;30(Psychosocial & Personality Development [2840]):488-95.
- Dobrinski DE et Engler JR. Legal and ethical issues in administering and interpreting tests and assessments with children and adolescents. *Ethical and legal issues in counseling children and adolescents* 2017:93-105.
- Dowdy E, Ritchey K, Kamphaus RW. School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health* 2010;2(4):166-76.
- Duncan P, Frankowski B, Carey P, Kallock E, Delaney T, Dixon R, et al. Improvement in adolescent screening and counseling rates for risk behaviors and developmental tasks. *Pediatrics* 2012;130(5):e1345-e51.
- Ellis K, Jones FW, Mallett J. Differences in the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Northern Irish children. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 2014;20(Psychosocial & Personality Development [2840]):330-3.
- Erdogan S et Ozturk M. Psychometric evaluation of the Turkish version of the Pediatric Symptom Checklist-17 for detecting psychosocial problems in low-income children. *Journal of Clinical Nursing* 2011;20(Behavior Disorders & Antisocial Behavior [3230]):2591-9.
- Ertem IO, Pekcici EBB, Gok CG, Ozbas S, Ozcebe H, Beyazova U. Addressing early childhood development in primary health care: experience from a middle-income country. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP* 2009;30(4):319-26.
- Gibson C, Jones S, Patrick T. Conducting Informal Developmental Assessments. *Exchange: The Early Childhood Leaders' Magazine Since 1978* 2010;(193):36-9.
- Glascoe FP. Indicators of accuracy for screening tests. *The Cambridge encyclopedia of child development*, 2nd ed 2017;(Developmental Psychology [2800]):183-8.
- Glascoe FP. Evidence-based early detection of developmental-behavioral problems in primary care: What to expect and how to do it. *Journal of Pediatric Health Care* 2015;29(1):46-53.
- Goldfeld S et Yousafzai A. Monitoring tools for child development: an opportunity for action. *The Lancet Global health* 2018;6(3):e232-e3.
- Goodman A et Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as Dimensional Measure of Child Mental Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48(4)
- Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2010;38(Psychosocial & Personality Development [2840]):1179-91.
- Halfon N, Stanley L, DuPlessis H. Measuring the quality of developmental services for young children: a new approach. *Issue brief (Commonwealth Fund)* 2010;84(101087100, dzk, 101087100):1-14.
- Halla M, Pruckner GJ, Schober T. Cost savings of developmental screenings: Evidence from a nationwide program. *Journal of health economics* 2016;49(8410622, jhe):120-35.
- Halle T, Zaslow M, Wessel J, Moodie S, Darling-Churchill K. Understanding and Choosing Assessments and Developmental Screeners for Young Children Ages 3-5: Profiles of Selected Measures. *OPRE Report #2011-23. Administration for Children & Families* 2011;
- Hanes BM. Perceptions of early childhood assessment among early childhood educators. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2011;71(8-A):2743.

Exclusion en raison du critère « Outcomes » (n=97)

- Harewood TN. Examining relationships among pre-service professionals' coursework, knowledge, beliefs, and practices related to children's social-emotional development. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 2016;77(6-A(E)):No-Specified.
- Haskett ME, Armstrong JM, Tisdale J. Developmental Status and Social-Emotional Functioning of Young Children Experiencing Homelessness. *Early Childhood Education Journal* 2016;44(2):119-25.
- Hedley C, Thompson S, Morris Mathews K, Pentecost M, Wivell J, Stockdale Frost A, Morris H. THE B4 SCHOOL CHECK BEHAVIOUR MEASURES: FINDINGS FROM THE HAWKE'S BAY EVALUATION. *Nursing Praxis in New Zealand* 2012;28(3):13-23. Hewitt S. Developmentally sensitive assessment methods in child sexual abuse cases. *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* 2012;(Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.):121-42.
- Holling H, Kurth B-M, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008;17(Suppl 1):34-41.
- Holtz CA. Screening of behavior problems in young children from low-income families: The development of a new assessment tool. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2010;70(9-B):5822.
- Honkanen M, Maatta H, Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Koivumaa-Honkanen H. Teachers' assessments of children's mental problems with respect to adolescents' subsequent self-reported mental health. *Journal of Adolescent Health* 2014;54(1):81-7.
- Howard EC. Moving Forward with Kindergarten Readiness Assessment Efforts: A Position Paper of the Early Childhood Education State Collaborative on Assessment and Student Standards. Council of Chief State School Officers 2011;
- Hukkelberg SS. A Reexamination of Child Problem Behaviors as Measured by ECBI: Factor Structure and Measurement Invariance Across Two Parent Training Interventions. *Assessment* 2017;(c1b, 9431219):1073191117706022.
- Hymel S, LeMare L, McKee W. The Early Development Instrument: An examination of convergent and discriminant validity. Special Issue: Validation theory and research for a population-level measure of children's development, wellbeing, and school readiness 2011;103(Cognitive & Perceptual Development [2820]):267-82.
- Jaspers M, de Winter AF, Huisman M, Verhulst FC, Ormel J, Stewart RE, Reijneveld SA. Trajectories of psychosocial problems in adolescents predicted by findings from early well-child assessments. *Journal of Adolescent Health* 2012;51(5):475-83.
- Johnson JF. An evaluation of the Early Steps Program referral process in Hillsborough County to detect delays in access to early intervention services. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2012;72(10-B):5921.
- Jones J. Assessing Young Children's Learning and Development. *Principal* 2011;90(5):12-5.
- Jones SM, Zaslow M, Darling-Churchill KE, Halle TG. Assessing early childhood social and emotional development: Key conceptual and measurement issues. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2016;45(Psychosocial & Personality Development [2840]):42-8.
- Ketelaar M et Wassenberg-Severijnen J. Developments in Measuring Functional Activities: Where Do We Go with the PEDICAT? *Physical & occupational therapy in pediatrics* 2010;30(3):185-9.
- Kilgus SP, Chafouleas SM, Riley-Tillman TC. Development and initial validation of the Social and Academic Behavior Risk Screener for Elementary Grades. *School Psychology Quarterly* 2013;28(Classroom Dynamics & Student Adjustment & Attitudes [3560]):210-26.
- Kirk MRR. Screening for social emotional difficulties among elementary students: A comparison of screening methods and teacher perceptions. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 2014;75(4-A(E)):No-Specified.
- Knight GP et Zerr AA. Informed theory and measurement equivalence in child development research. *Child Development Perspectives* 2010;4(1):25-30.
- Knox SS et Echeveria D. Methodological issues related to longitudinal epidemiological assessment of developmental trajectories in children. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009;63(Developmental Psychology [2800]):11-13.
- Kristensen S, Henriksen TB, Bilenberg N. The Child Behavior Checklist for ages 1.5-5 (CBCL/11/2-5): Assessment and analysis of parent- and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nordic Journal of Psychiatry* 2010;64(Psychosocial & Personality Development [2840]):203-9.
- Kuijpers RCWM, Kleinjan M, Engels RCME, Stone LL, Otten R. Child self-report to identify internalizing and externalizing problems and the influence of maternal mental health. *Journal of Child and Family Studies* 2015;24(6):1605-14.

Exclusion en raison du critère « Outcomes » (n=97)

- Lambert MC, Rowan GT, Rowan SA, Mount DL. Behavioral and emotional problem scales of the Behavioral Assessment for Children of African Heritage (BACAH): Culturally valid measurement of psychological functioning in Black children. *Journal of Black Psychology* 2014;40(Psychosocial & Personality Development [2840]):451-82.
- Landolfi J. The utilization of the Child and Adolescent Needs and Strengths instrument: An educational identification protocol within the educational arena. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2017;77(Health Psychology & Medicine [3360]):No-Specified.
- Léveillé S et Chamberland C. Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review* 2010;32(7):929-44. Lewin W, Knauper B, Roseman M, Adler P, Malus M. Detecting and addressing adolescent issues and concerns: evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2009;55(7):742-4.
- Long TM. Using appropriate behaviors to meet needs. *Family-centered early intervention: Supporting infants and toddlers in natural environments* 2015;(American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning and SIDS. (1992) Positioning and SIDS. *Pediatrics*. 89(6), 1120-1126.):167-87.
- Mackenzie JZ. Sociocultural influences: Evaluations of indigenous children for special needs in rural Central Mexico. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2010;71(5-A):1606.
- Malik F, Booker JM, Brown S, McClain C, McGrath J. Improving developmental screening among pediatricians in New Mexico: findings from the developmental screening initiative. *Clinical Pediatrics* 2014;53(6):531-8.
- Maltese J, Aguayo J, Chavez J. A Community-Based Response to Part C: A Community Embraces Its Most Vulnerable Children. *Zero to Three (J)* 2011;31(4):17-23.
- Malti T et Noam GG. The Hidden Crisis in Mental Health and Education: The Gap between Student Needs and Existing Supports. *New directions for youth development* 2008;(120):13-29.
- March S, Day J, Zieschank K, Ireland M. The Interactive Child Distress Screener: Development and Preliminary Feasibility Testing. *JMIR mHealth and uHealth* 2018;6(4):e90.
- Marshall J et Mendez LMR. Following up on community-based developmental screening: Do young children get the services they need? *Infants & Young Children* 2014;27(4):276-91.
- Martens R, Hurks PPM, Jolles J. Organizational strategy use in children aged 5-7: Standardization and validity of the Rey Complex Figure Organizational Strategy Score (RCF-OSS). *The Clinical Neuropsychologist* 2014;28(Cognitive & Perceptual Development [2820]):954-73.
- McGill RJ. Assessing Psychosocial Impairment in Children and Adolescents: A Review of the Barkley Functional Impairment Scale (BFIS). *Contemporary School Psychology* 2014;18(4):255-60.
- Mitchell L. Evidence-based screening tools helpful in assessing child development. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association* 2009;102(2):61.
- Moore C, Zamora I, Patel Gera M, Williams ME. Developmental Screening and Referrals: Assessing the Influence of Provider Specialty, Training, and Interagency Communication. *Clinical Pediatrics* 2017;56(11):1040-7.
- Mosconi M, Nelson L, Hooper SR. Confirmatory factor analysis of the NEPSY for younger and older school-age children. *Psychological Reports* 2008;102(Cognitive & Perceptual Development [2820]):861-6.
- Naughton L. Questioning development. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association* 2014;87(9):14-6.
- Nikapota A. Cultural issues in child assessment. *Child and Adolescent Mental Health* 2009;14(4):200-6.
- Owens JS, Storer J, Holdaway AS, Serrano VJ, Watabe Y, Himawan LK, et al. Screening for social, emotional, and behavioral problems at kindergarten entry: Utility and incremental validity of parent report. *School Psychology Review* 2015;44(Behavior Disorders & Antisocial Behavior [3230]):21-40.
- Pastor PN, Reuben CA, Duran CR. Identifying emotional and behavioral problems in children aged 4-17 years: United States, 2001-2007. *National health statistics reports* 2012;(48):1-17.
- Petrosino MK. Implementing a developmental screening tool in pediatric primary care practice. *University of Arizona*; 2015;D.N.P.:69 p- p.
- Phelps E, Zimmerman S, Warren AEA, Jellic H, von Eye A, Lerner RM. The Structure and Developmental Course of Positive Youth Development (PYD) in Early Adolescence: Implications for Theory and Practice. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2009;30(5):571-84.
- Pithouse A, Broadhurst K, Hall C, Peckover S, White S. Engaging early in children's needs through the Common Assessment Framework (CAF): New challenges for practice in England and Wales. *Special Issue: Conflict and harmony* 2009;2(4):395-402.

Exclusion en raison du critère « Outcomes » (n=97)

- Pretti-Frontczak KL, Grisham-Brown JL, Hallam RA. Introduction to the topical issue on measurement and mismeasurement. *Topics in Early Childhood Special Education* 2014;34(2):69-70.
- Racz SJ, King KM, Wu J, Witkiewitz K, McMahon RJ. The predictive utility of a brief kindergarten screening measure of child behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2013;81(4):588-99.
- Ripke M, Huston AC, Eccles J, Templeton J. The assessment of psychological, emotional, and social development indicators in middle childhood. Key indicators of child and youth well-being: Completing the picture 2008;(Aber, J. L., & Jones, S. M. (1997). Indicators of positive development in early childhood: Improving concepts and measure. In R. M. Hauser, B. V. Brown, & W. R. Prosser (Eds.), *Indicators of children's well-being* (pp. 395-408). New York: Russell Sage Foundation.);131-65. Ronney DK. Assessing social and emotional skill development in early elementary students. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2015;76(6-A(E)):No-Specified.
- Sarmiento Campos JA, Squires J, Ponte J. Universal Developmental Screening: Preliminary Studies in Galicia, Spain. *Early Child Development and Care* 2011;181(4):475-85.
- Serdarevic F, Ghassabian A, van Batenburg-Eddes T, Tahirovic E, White T, Jaddoe VWV, et al. Infant Neuromotor Development and Childhood Problem Behavior. *Pediatrics* 2017;140(6)
- Silbersack EW. Mothers' initial discovery of childhood disability: Exploring maternal identification of developmental issues in young children. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2015;75(8-A(E)):No-Specified.
- Stathis S, Letters P, Doolan I, Fleming R, Heath K, Arnett A, Cory S. Use of the Massachusetts Youth Screening Instrument to assess mental health problems in young people within an Australian youth detention centre. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2008;44(Criminal Rehabilitation & Penology [3386]):438-43.
- Stathis SL, Doolan I, Letters P, Arnett A, Cory S, Quinlan L. Use of the Westerman Aboriginal Symptoms Checklist-Youth (WASC-Y) to screen for mental health problems in Indigenous youth in custody. *Advances in Mental Health* 2012;10(Psychological & Physical Disorders [3200]):235-9.
- Theunissen MHC, Vogels AGC, Reijneveld SA. Early detection of psychosocial problems in children aged 5 to 6 years by preventive child healthcare: Has it improved? *The Journal of Pediatrics* 2012;160(3):500-4.
- Troude P, Squires J, L'Helias LF, Bouyer J, de La Rochebrochard E. Ages and stages questionnaires: Feasibility of postal surveys for child follow-up. *Early Human Development* 2011;87(Developmental Psychology [2800]):671-6.
- Tzavidis N, Salvati N, Schmid T, Flouri E, Midouhas E. Longitudinal analysis of the Strengths and Difficulties Questionnaire scores of the Millennium Cohort Study children in England using M-quantile random-effects regression. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 2016;179(Developmental Psychology [2800]):427-52.
- Vogels AGC, Jacobusse GW, Hoekstra F, Brugman E, Crone M, Reijneveld SA. Identification of children with psychosocial problems differed between preventive child health care professionals. *Journal of clinical epidemiology* 2008;61(11):1144-51.
- Vogels AGC, Jacobusse GW, Reijneveld SA. An accurate and efficient identification of children with psychosocial problems by means of computerized adaptive testing. *BMC medical research methodology* 2011;11(100968545):111.
- Ward H et Glaser D. The developmental needs of children: Implications for assessment. *The child's world: The comprehensive guide to assessing children in need*, 2nd ed 2010;(Health & Mental Health Treatment & Prevention [3300]):160-73.
- Wardenaar KJ, Wigman JTW, Lin A, Killackey E, Collip D, Wood SJ, et al. Development and validation of a new measure of everyday adolescent functioning: The Multidimensional Adolescent Functioning Scale. *Journal of Adolescent Health* 2013;52(Psychosocial & Personality Development [2840]):195-200.
- Warnick EM, Bracken MB, Kasl S. Screening efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health* 2008;13(3):140-7.
- White J, Connelly G, Thompson L, Wilson P. Assessing wellbeing at school entry using the Strengths and Difficulties Questionnaire: Professional perspectives. *Educational Research* 2013;55(Educational Administration & Personnel [3510]):87-98.
- Wolpert M, Cheng H, Deighton J. Measurement issues: Review of four patient reported outcome measures: SDQ, RCADS, C/ORS and GBO-Their strengths and limitations for clinical use and service evaluation. *Child and Adolescent Mental Health* 2015;20(Health & Mental Health Services [3370]):63-70.
- Woolfson LM, Geddes R, McNicol S, Booth JN, Frank J. A cross-sectional pilot study of the Scottish early development instrument: a tool for addressing inequality. *BMC public health* 2013;13(100968562):1187.
- Zeller-Berkman S. Critical Development? Using a Critical Theory Lens to Examine the Current Role of Evaluation in the Youth-Development Field. *New Directions for Evaluation* 2010;(127):35-44.

ANNEXE C

Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 1

Avantages du dépistage effectué par un autre intervenant que celui en protection de la jeunesse (constat 1)

Tableau C.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[McCrae <i>et al.</i> , 2011] Article sc. quanti.	ASQ ASQ-SE	0-3 ans (M=17 mois)	570 enfants suivis en protection de l'enfance (É.-U.)	- In nearly every area, children screened by Early Intervention worker (EI) showed significantly higher rates of concerns compared with children screened by Child Welfare worker (CW) (exceptions: fine motor skills and gross motor skills). - When CW conducted the screening, 27% of children showed either developmental or SE concerns (avec ASQ ou avec ASQ-SE) while the rates were nearly one-half of children screened by EI (49%; $p < .001$). - Communication concerns were more frequent among EI-screened children compared with CW-screened children (21% and 12%; $p < .05$), as were personal social skills (14% and 6%; $p < .01$), problem solving skills (15% and 7%; $p < .01$), any developmental concern (36% and 19%; $p < .001$), and SE concerns (32% and 15%; $p < .001$).	Modérée
[Shannon et Tappan, 2011] Article sc. quali.	N/A	0-18 ans	33 foster care parents, child welfare administrators, special investigators, central intake workers and child protective services office staff (É.-U.)	According to a supervisor, the presence of developmental specialists has resulted in a higher developmental disability identification rate, and they have been able to provide basic developmental services and refer children with disabilities and their family to early intervention or school-based programs.	Modérée
[Szilagyi <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	- The pediatrician has a special role in caring for children and adolescents in foster care. Ideally, a child or teenager in foster care retains a relationship with his or her former health care provider, but it is common for children and teenagers entering foster care to have had limited health access before placement or to have sought care from multiple providers. - The expertise of the pediatrician lies in identifying physical, mental health, psychosocial, developmental, and oral health problems and assisting caseworkers and all caregivers in determining the types of additional evaluations, care, and community services the child requires.	Modérée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				Validated developmental and mental health screening instruments can be useful in triaging children for further evaluation when resources are limited, although ideally, every child and teenager in foster care should eventually receive a mental health and developmental or educational evaluation conducted by an appropriately certified/licensed mental health professional.	
[Whyte et Campbell, 2008] Article sc. quali.	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	22 social workers, senior practitioners, senior social workers and principal officers (Irlande)	- While a small number of participants expressed an interest in undertaking SDQ assessments themselves, the majority indicated a preference for this to be undertaken outside the childcare teams on the basis that: it would occur, it would ensure objectivity, it would promote equality for all LAC, and it would prevent delay in accessing further assessment, intervention and support if part of a joined-up system. - Social work practitioners spoke of the need for dedicated LAC Mental Health Services where SDQ screening and subsequent assessments and intervention would be undertaken to meet the complex needs of these children.	Faible

Tableau C.2 Énoncé de preuve

Selon la littérature consultée, l'administration d'outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement par d'autres intervenants que l'intervenant en protection de la jeunesse responsable du suivi de l'enfant permettrait : - de dépister un plus grand nombre d'enfants; - d'assurer une plus grande objectivité et équité pour les enfants recevant des services en protection de la jeunesse; - de réduire les délais d'accès à une évaluation et une intervention précoce.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : FAIBLE

Tableau C.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualités méthodologiques globales - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	4 documents retenus 3 articles scientifiques (3 PJ) [McCrae <i>et al.</i>, 2011; Shannon et Tappan, 2011; Whyte et Campbell, 2008] 1 ligne directrice (1 PJ) : [Szilagyi <i>et al.</i>, 2015] - Qualité des études : faible (1/4) ; moyenne (3/4)	Modérée
Cohérence/fiabilité - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Les résultats des études convergent en présentant quelques avantages du dépistage réalisé par des intervenants autres que ceux intervenant auprès de l'enfant : 2 études soulignent les avantages lorsque le dépistage est réalisé par un intervenant en petite enfance ; 2 études soulignent les avantages lorsque le dépistage est réalisé par des professionnels en évaluation du développement spécialisés en santé mentale.	Faible
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Une seule étude permet de quantifier l'impact clinique - Les professionnels œuvrant en intervention précoce dépistent près du double d'enfants (0-3 ans) présentant des difficultés et retards liés au développement que les travailleurs sociaux œuvrant en protection de la jeunesse (49 % c. 27 %). Les différences entre les taux de dépistage sur l'ensemble des sous-échelles de l'ASQ/ASQ-SE sont toutes significatives, à l'exception des sous-échelles « motricité fine » et « motricité globale » [McCrae <i>et al.</i>, 2011].	Faible
Généralisabilité/transférabilité Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 4/4 documents - Population d'enfants autochtones dans 0/4 documents - É.-U. (3); Irlande (1)	Modérée

ANNEXE D

Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 2, 3 et 4

Impact de l'utilisation d'un outil sur le taux de dépistage (constat 2)

Tableau D.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats d'intérêt	Qualité métho
[Chitsabes an <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	CHAT	15-18 ans (M=16,5; ET=0,8)	127 délinquants masculins admis à Hindley Young Offenders Institution (YOI) (Royaume-Uni)	60% of the sample was identified with a physical health need by the CHAT in comparison to 74% by the reference standard assessment (routine clinical history and physical health examination by a general practitioner) Faux positifs (identifiés par le CHAT mais pas par le professionnel) particulièrement liés aux allergies, problèmes visuels et problèmes de peau Faux négatifs (identifiés par le professionnel mais pas par le CHAT) particulièrement liés à la santé buccale (42 cas). The research team noted that a contributing factor in this instance may have been the recent training on oral health undertaken by the clinicians conducting the reference standard physical health assessment Overall: The diagnostic accuracy rate was 76% for mental health, 63% for physical health, 83% for substance misuse and 53% for neurodisability when compared against reference standard assessment tools. Santé mentale : 37 % identifiés par le CHAT c. 34 % avec l'entrevue diagnostique K-SADS. Diagnostic accuracy rates in each of the individual mental health areas of the CHAT were high (78–95%) when compared with the reference standard tool, influenced by the high rates of specificity (83–97%). However, the CHAT demonstrated poor sensitivity in identifying young people with anxiety disorders, PTSD and ADHD Abus de substances : The study found that 85% of young people assessed had a substance misuse problem as identified by the reference standard (K-SADS), in comparison to 93% identified on the CHAT. The overall diagnostic accuracy of the CHAT in screening for a substance misuse problem was relatively high (83%) supported by good sensitivity (95%). The positive predictive value was 87% and negative predictive value was 38% when compared to the K-SADS reference standard.	Élevée
[Hodges <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quanti.	PEDS	1) 0-5 ans (M = 2,3) 2) 0-5 ans (M=2,2)	Children at the initial foster care health assessment (IFCHA) (n=291) 1) 124 enfants (avant l'implantation du PEDS) 2) 167 enfants ayant complété le PEDS (É.-U.)	At baseline (sans outil), potential developmental delay was detected in 34 % of children at the initial foster care health assessment compared to 46 % after implementation of the PEDS ($p = 0.041$). The specific domains of delay that showed a significant difference in detection rate were receptive language, behavior, self-help, language and articulation, and social/emotional.	Modérée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats d'intérêt	Qualité métho
[Jee <i>et al.</i> , 2010a] Article sc. quanti.	ASQ-SE	6 mois-5 ½ ans	General pediatric clinic, which served all children in family based foster care in Monroe County, NY (n=269) 1) 192 enfants (avant l'implantation de l'outil) 2) 77 enfants nouvellement suivis par la protection de la jeunesse (É.-U.)	Among children new in foster care, the rate of detection of social-emotional problems was higher in the screening than the baseline cohort overall (24% versus 4%; p < .001), as well as for each age group: infant (19% vs 1%; p < .001), toddler (31% vs 8%; p = .036) and preschool (33% vs 4%; p = .011). Similar differences were found for males (28% vs 4%, p < .001) and females (19% vs 3%, p = .005).	Modérée
[Jee <i>et al.</i> , 2010b] Article sc. quanti.	ASQ	3-61 mois	General pediatric clinic, which served all children in family based foster care in Monroe County, NY (n=306) 1) 181 enfants (avant l'implantation de l'outil) 2) 125 enfants ayant complété l'outil (É.-U.)	- Among children new in foster care, the rate of detection of developmental delay (DD) was significantly higher in the screening than the baseline cohort overall (58% vs 29%; p < .001), for each of the 3 age groups, and for both boys (64% vs 35%; p < .001) and girls (50% vs 22%; p < .001). Increased detection of DD was noted in all 5 domains measured by the ASQ but was most dramatic in the fine motor and problem-solving domains, which we stratified by age group.	Modérée
[Jee <i>et al.</i> , 2011a] Article sc. quanti.	SDQ	1) 68 % : 11-14 ans 32 % : 15-17 ans 2) 56 % : 11-14 ans 44 % : 15-17 ans	Enfants 11-17 ans en <i>foster care</i> (n=390) 1) 195 enfants (avant l'implantation de l'outil) 2) 195 enfants (ayant complété l'outil) (É.-U.)	Detection rate for any potential social-emotional problem was significantly higher in the screening than the baseline cohort (54% vs 27%, adjusted odds ratio = 3.21, 95% confidence interval [95% CI] 2.1– 4.9). Increased detection of a social-emotional problem was also noted in each of the 5 individual SDQ domains. - The increased likelihood of detection in the screening cohort persisted in a logistic regression analysis, adjusting for demographic factors (adjusted odds ratio 3.4, 95% CI 2.2–5.2) although these factors were not significantly associated with multiple problem domains in multivariable analysis.	Modérée
[Spehr <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quanti.	ASQ-SE	1) 1-35 mois (M = 12,98, ÉT = 11,95) 2) 1-33 mois (M = 14,38, ÉT = 11,15)	All children 1 month to 3 years old who entered out-of-home care 3 months before and after project implementation were included in the total sample (n= 94). 1) 52 enfants (avant l'implantation de l'outil) 2) 42 enfants (après l'implantation de l'outil)	- Of the 52 children in the preprotocol implementation sample, three (5.8%) children were positively identified as having social-emotional concerns by using the mental health screening algorithm. Preprotocol implementation data indicated that of the three children positively identified with social-emotional concerns, one (33.3%) child was referred for further mental health evaluation. - Of the 42 children in the postprotocol implementation sample, 19 (45.2%) children were identified as having social-emotional concerns by using the ASQ:SE-2 tool. All 19 (100%) children identified with positive screening results were referred to further mental health evaluations after protocol implementation. Of this postprotocol implementation sample, four (9.5%) children were considered borderline for social-emotional concerns and were rescreened in 3 months per protocol guidelines.	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats d'intérêt	Qualité métho
			(É.-U.)	- Statistically significant increase ($p < .0001$) in identification of social-emotional concerns after protocol implementation (5,8% vs 45,2%). - Rates of referral to further mental health evaluation were significantly increased ($p = .0130$) after protocol implementation (33% vs 100%).	

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Brown et Wissow, 2010] Article sc. quanti.	SDQ	5-16 ans	767 parents d'enfants vus dans le cadre d'une visite médicale (É.-U.)	57.1% of patients scored in the low or no symptom range of the Total Difficulties scale of the SDQ, 15.4% scored within the medium range, and 27.5% scored in the high range. Pediatric primary care providers (PCP) identified a problem among 55.1% of patients who scored within the medium range ($X^2 = 1.7$; $p = 0.185$) and 77.7% of patients who scored within the high range ($X^2 = 101.8$; $p < 0.001$). Thus, compared with PCP identification, using the SDQ would nearly double the number of patients identified as having moderate mental health symptoms and would increase by 28.7% the number of patients identified as having high symptoms. 35% of patients ($n = 271$) demonstrated impairment related to their mental health symptoms; PCPs identified a problem among 76.8% of patients with impairment. 78% ($n = 165$) of patients who scored within the high range of the Total Difficulties scale also demonstrated impairment; PCPs identified 84.8% of these patients as having a problem. 44% ($n = 52$) of patients who scored within the medium range of the Total Difficulties scale demonstrated impairment; PCPs identified 67.3% of these patients as having a problem. - PCPs were more likely to identify a problem when the patient scored within the medium or high range of several symptom domains: PCPs identified 91.5% of patients with symptoms in 5 domains, 76.0% of patients with symptoms in 4 domains, 64.3% of patients with symptoms in 3 domains, 52.4% of patients with symptoms in 2 domains and 42.9% of patients with symptoms in only 1 domain. - PCPs were not more likely to identify a problem in the presence of externalizing versus internalizing symptoms. Among the 170 patients who scored within the medium or high range of only one domain, PCPs identified a problem among 50.0% of patients who had medium or high emotion symptoms compared with	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				41.7% who conduct symptoms, 61.3% with inattention-hyperactivity symptoms, 30.2% with peer relation problems, and 30.8% with low prosocial behavior. - Compared with the SDQ, PCPs were significantly less likely to identify a problem among African-American and Latino/Other patients compared with Caucasian patients. Among patients who scored within the medium range of the Total Difficulties scale, PCPs failed to identify 55.3% of African American patients and 70.8% of Latino/Other patients compared with 26.8% of Caucasian patients ($X^2 = 14.1$; $p = 0.001$). Among patients who scored within the high range of the Total Difficulties scale, PCPs failed to identify 31.7% of African-American and 40.5% of Latino/Other patients compared with only 11.4% of Caucasian patients ($X^2 = 19.5$; $p < 0.001$). - The patient's gender, insurance status, and number of previous visits were not associated with the difference in the number identified by the PCP and the SDQ.	
[Sheldrick <i>et al.</i> , 2011] Recension des écrits	Jugement clinique	0-18 ans	Objectif: To review research literature for studies regarding pediatric primary care providers' identification of developmental-behavioral problems in children. 11 études recensées (É.-U.)	- Clinicians' ability to identify developmental and behavioral problems in primary care, on the basis of clinical judgment alone in the absence of a standardized measure, has been shown to have low sensitivity, ranging from 14% to 54% and a specificity ranging from 69% to 100%. Positive predictive value ranged from 24% to 66% and negative predictive values ranged from 61% to 94%. - Among the studies examined, pediatric care providers who worked without screening instruments achieved specificity (i.e., the proportion of children correctly identified as not having a problem) that was consistently near or higher than 70%). - The sensitivity of pediatric care providers was also consistent among the study but in the opposition direction: in all cases except 1 it was lower than 54%. Thus, the number of children correctly identified as having a developmental or behavioral problem was quite low.	Faible

Tableau D.2 Énoncé de preuve

Le nombre d'enfants ou d'adolescents identifiés comme ayant des difficultés ou retards liés au développement est plus élevé lorsque le dépistage est réalisé à l'aide d'un outil conçu à cette fin, comparativement à l'identification basée uniquement sur la perception de l'intervenant.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : ÉLEVÉ

Tableau D.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	8 documents retenus 8 articles scientifiques [Spehr <i>et al.</i>, 2019; Hodges <i>et al.</i>, 2016; Chitsabesan <i>et al.</i>, 2014; Jee <i>et al.</i>, 2011a; Sheldrick <i>et al.</i>, 2011; Brown et Wissow, 2010; Jee <i>et al.</i>, 2010a; Jee <i>et al.</i>, 2010b] 1 étude au devis suffisamment approprié avec un faible risque de biais - Qualité méthodologique : faible (2/8) ; moyenne (5/8) ; élevée (1/8)	Élevée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	7/8 études fournissent des résultats cohérents pointant vers une augmentation significative des taux de dépistage lorsqu'un outil de dépistage est utilisé, comparativement à la non-utilisation d'un outil. - Ces résultats sont observables, peu importe l'outil de dépistage utilisé, la population étudiée (population PJ et population générale) ou le devis de l'étude. - Une seule étude [Chitsabesan <i>et al.</i>, 2014] indique que, comparativement à la pratique de référence, la précision diagnostique du CHAT est plus faible ($< .70$) pour les dimensions de santé physique et de neurodisabilité, mais adéquate ($> .70$) pour les dimensions de santé mentale et d'abus de substances.	Très élevée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- L'augmentation des taux de dépistage lorsqu'un outil de dépistage est utilisé est significative d'un point de vue statistique et clinique. - Le taux de dépistage augmente de 12 % à 39 % lorsqu'un outil de dépistage est utilisé. - Certaines études indiquent que le taux de dépistage double [Brown et Wissow, 2010; Jee <i>et al.</i>, 2010b] ou triple [Jee <i>et al.</i>, 2011a] lorsqu'un outil de dépistage est utilisé. - Augmentation observée peu importe l'âge, le sexe ou la sphère de développement considérée, lorsque spécifié. - L'augmentation significative des taux de dépistage lorsqu'un outil est utilisé, comparativement à sa non-utilisation, présente un bénéfice important pour la clientèle d'enfants recevant des services en vertu de la LPJ. Un meilleur dépistage des difficultés présentées par ces jeunes pourrait permettre d'offrir une meilleure réponse à leurs besoins.	Très élevée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 6/8 documents - Population d'enfants autochtones dans 0/8 documents - É.-U. (7); Royaume-Uni (1)	Élevée

Avantages liés à l'utilisation d'un outil de dépistage (constat 3)

Tableau D.4 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Center for the Study of Social Policy, 2018] Lignes directrices	N/A	Children	Child welfare (É.-U.)	- When conducted as recommended, screening has the potential to detect developmental delays or challenges early on, allowing for referral to appropriate interventions and supports when children are most susceptible, and treatments hold the greatest chance for success. Importantly, studies show that for children in foster care, routine developmental screening identifies problems earlier, allowing for timely intervention. - Recommendations for Strengthening Child Welfare Practices around Developmental Screening and Early Intervention for System-Involved Children : (1) Provide routine screening for all young children who come to the attention of child welfare agencies to ensure that all have equal opportunity to receive early care and intervention as needed regardless of their placement or substantiation status.	Faible
[Chitsabes an et Khan, 2017] Texte d'opinion	MAYSI-2 SQIFA	Adolescents	Young offenders (Royaume-Uni)	- Dépistage vise à identifier les YO qui ont besoin d'une évaluation plus approfondie - Dépistage permet l'identification précoce des besoins en santé mentale et peut réduire le risque de développer des troubles mentaux plus tard et les coûts associés	Modérée
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group : 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - The role the BAC-A could play in drawing professional's attention to areas of need relating to trauma and attachment in LAA. - Foster carers thought the BAC-A could be used to "highlight" or "flag up" difficulty whereas clinicians discussed how the BAC-A could "raise the profile of trauma" (C9) within teams and even act as a prompt for less-experienced clinicians during clinical interview. - One group discussed how the questionnaire could also "guide parents or carers to thinking reflectively or mindfully about the behaviours." (C3). As C1 commented in the first focus group; "as a member of staff who's not terribly experienced in trauma work, actually that would make quite a good list of things that I want to be exploring and considering when assessing within a clinical environment rather than necessarily just providing that to a carer. Actually, that provides a nice sort of semi-structured approach for me to use rather than just a tick-box exercise for them." - Many saw a role for the BAC-A in aiding intervention plans in addition to its use as a baseline measurement for change.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Frogley, 2018] Article sc. devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M=7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5	<u>Données qualitatives : Focus group - Foster carers</u> - LAC Foster carers gave frequent examples of the BAC- C covering behaviours and topics that they felt were relevant to the looked after children in their care. - Foster carers frequently talked about the BAC-C as a way of raising concerns about a child. Many talked about the BAC-C as a 'starting point' or 'stepping stone'. A key advantage of using the BAC-C to	Élevée (quanti) Modérée (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			foster carers + 8 cliniciens (Royaume-Uni)	document concerns was having problems 'on the record' or 'in writing'. One foster carer (Karen) believed this would help her to 'prepare to fight for my children's corner'. - Foster carers often talked about using the measure to gain objective 'feedback' on the child in their care and to see the progress they have made. <u>Données qualitatives : Focus group - Clinicians</u> - Clinicians tended to talk about the BAC-C as a tool during the initial stages of gathering information to highlight key difficulties. Many felt the BAC-C could provide a 'snapshot' of information about a child at the referral stage which could help the professional to think 'in a sharper, more focused way' (Participant 5) when meeting the family for the first time. - A handful of clinicians across the focus groups suggested that the BAC-C would be particularly useful for less-experienced clinicians who have less knowledge about complex trauma and attachment presentations. - A sub-theme raised by both foster carers and clinicians was using the BAC-C to track and monitor behaviours within looked after children. - Clinicians also suggested that the BAC-C may be used as a measure of outcome. Similar to the foster carers, clinicians talked about the advantage of using the BAC-C was to demonstrate change in a 'concrete' way. - Clinicians gave many examples of using the BAC-C to talk to the foster carers about their answers on the questionnaire. Some talked about this in a positive light such as using the BAC-C as a 'discussion tool', a 'prompt' or a 'semi-structured approach' to gathering further information	
[Parker <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quanti.	PSC-17	11-17,5 ans (M = 13,7; ET = 1,8)	539 children 2090 children and foster parents 458 children, foster parents, and biological parents (É.-U.)	Outcomes of screening: supporting linking a youth to mental health services when needs are indicated.	Modérée
[Szilagyi <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	- At the end of each health encounter, the pediatrician, in addition to rendering all appropriate treatment, (...), make referrals, and communicate health information to the caseworker. - Validated developmental and mental health screening instruments can be useful in triaging children for further evaluation when resources are limited, although ideally, every child and teenager in foster care should eventually receive a mental health and developmental or educational evaluation conducted by an appropriately certified/licensed mental health professional.	Modérée
[Whyte et Campbell, 2008]	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	22 social workers, senior practitioners,	Having an assessment in writing based on information from different sources was really useful. - One participant commented: The scores that came out from the carers weren't a surprise, there were issues that they had already shared but this was almost a confirmation that there was something	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. quali.			senior social workers and principal officers (Irlande)	wrong here ... for one set of carers, they saw the SDQ assessment as validating what they had been experiencing all along. • Case examples were shared relating to children who were placed with parents as part of a rehabilitation plan and how the SDQ assessments from all showed clearly that they were not experiencing any significant difficulties. It was noted that this demonstrable progress contributed to the LAC Review decision to seek revocation of the Care Orders for two of these children. • While the SDQ accurately identified known difficulties, it highlighted particular strengths, hitherto not so evident, that would really help this young person in the future if further promoted/developed. • Reflecting on the needs of LAC being highlighted in SDQs, a participant stated: If the evidence is that meeting these needs is not happening, we have an argument to support extra services. • Comments also reflected the long-term benefits of early screening and early intervention to prevent breakdown occurring as a result of difficulties becoming more pronounced, particularly as the child reaches adolescence. • I think it is exceptionally helpful that SDQ assessment helps us to profile these children's needs and plan to address them and review progress.	
[Wright <i>et al.</i> , 2019] Article sc., devis mixte	SDQ	Looked- after children referred to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) 4-17 ans	144 enfants Focus group : 9 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> • Clinicians reported that the SDQ played an important role as a gatekeeper to prevent the service from being overwhelmed with referrals.	Modérée (quanti) Faible (quali)
Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Ball, 2008] Article sc. quali.	ASQ	4-60 mois Report summarizes findings of a project undertaken to explore steps	Consultation conducted by phone, email and face-to-face, with: (1) BC AHS Coordinators; (2) representatives of the BC Aboriginal	Benefits of ASQ (from consultations): • Structuring conversations between parents and practitioners about the child • Education about normative expectations for children's development • Promoting interest in what the child can do • Prompting parents' and practitioners' mindful observations of the child • Encouraging positive parenting activities • Growing knowledge about Aboriginal children's developmental strengths and challenges Screening for assessment and need for early intervention	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
		towards the culturally appropriate implementation of ASQ in Aboriginal Head Start (AHS) Programs delivered by the Public Health Agency of Canada in BC.	Infant Development Program (AIDP); (3) representatives of the BC Aboriginal Supported Child Development Program. Autochtone (Canada)		
[Borg <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	SDQ	4-9 ans	1546 parents 1286 éducateurs + 119 professeurs 156 infirmières (Finlande)	- When the experiences of the SDQ and previous methods were compared, 43% of the public health nurses (n = 82) and 33% of the pre-school teachers (n = 863) reported that using the SDQ increased focusing on the mental health of the child. - The public health nurses also praised the SDQ for yielding more information on the child's health (17%) - Pre-school teachers reported that the method enhanced structure and clarity in assessing the child (16%) - SDQ was considered very or fairly age-appropriate for assessing the child's psychosocial well-being by 86% of the parents, 83% of the teachers and 80% of the public health nurses. - Using the SDQ was a positive experience for 88% of the parents; this was also reported by 50% of the pre-school teachers and by 81% of the public health nurses.	Modérée
[Dionne <i>et al.</i> , 2014] Article sc., devis mixte	ASQ	9-66 mois	394 évaluations auprès de parents-éducateurs Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	<u>Données qualitatives</u> - Developmental screening with the ASQ was generally considered a good idea, and an important one for early intervention, and parents communicated support of its continued use in their child's preschool program. - Users consider the ASQ (...) facilitates discussions with parents.	Faible (quanti) Faible (quali)
[Macy <i>et al.</i> , 2014]	N/A	Young children	(É.-U.)	Utilisation des outils de dépistage valides pour : - promouvoir la santé développementale et comportementale - déterminer si une évaluation plus approfondie est requise - monitorer les services sur une base continue	Modérée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Texte d'opinion		Programme détection précoce « Child Find »			
[Marks et LaRosa, 2012] Texte d'opinion	N/A	Surtout 0-5 ans	(É.-U.)	Bénéfices du dépistage standardisé : • améliore la qualité des soins lors des visites de suivi • augmente la satisfaction des parents • engendre des économies de coûts pour la société • affecte positivement la vie des enfants et de leurs familles grâce aux bénéfices de l'intervention précoce	Modérée
[Squires, 2012] Texte d'opinion	N/A	Early childhood	(É.-U.)	Les avantages des outils de dépistage sont : • procurent une occasion aux parents et intervenants d'avoir un centre d'intérêt commun et de pouvoir discuter du développement de l'enfant ; • procurent l'occasion pour l'intervenant d'offrir des conseils préventifs (anticipatory guidance) sur le développement de l'enfant aux parents.	Modérée
[Vogels <i>et al.</i> , 2009] Article sc. quanti.	CBCL SDQ PSC PSYBO BA	7-12 ans	2041 parents 9 preventive child healthcare (PCH) professionals (Pays-Bas)	• 9 critères d'utilité cotés par les professionnels (All items answered, Not irritating at all for the parent, Fully understood, Questionnaire led parents to reflection of the child's mental health, Calculation of scales scores: not difficult, Calculation of scale scores not time consuming, Conversation, based on questionnaire, with parents was useful, Questionnaire covered all parents perceived problems, Questionnaire covered all problems perceived by PCH professional). • Mean rating for the SDQ and the PSYBOBA was 6.3, higher than that for the PSC (5.5). • When asked which questionnaire they would like to use in the future, 4/8 PCH professionals chose the SDQ, 2/8 the PSYBOBA and only 1/8 the PSC. One PCH professional did not make a choice.	Élevée
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatrician s)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	• Review suggests that early detection and intervention, particularly in low-income populations, may prevent or ameliorate mental health problems in children and adolescents.	Élevée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Young <i>et al.</i> , 2017] Article sc. quali.	ACHW M	4 communaut és (Premières Nations et Inuits) 8 à 18 ans	Entrevues auprès de 23 enfants + 21 professionnels et parties prenantes (travailleurs sociaux, leaders en santé et aînés de la communauté) Autochtone (Ontario)	• The ACHWM is able to provide statistical information on overall health and wellbeing and the four quadrant scores that are relevant at the level of a First Nation, agency or program. • This local information can inform health directors and program managers about the health status of their population and aid in tracking change over time to evaluate the impacts of programs and services.	Faible

Tableau D.5 Énoncé de preuve

Selon la littérature consultée, l'utilisation d'un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement est associée à de nombreux avantages, tels que :

- d'identifier de façon précoce les enfants et les jeunes à haut risque de présenter des difficultés nécessitant une évaluation plus approfondie et susceptibles de bénéficier d'une intervention;
- de mieux connaître le jeune en abordant un ensemble d'aspects/comportements pertinents qui auraient pu être ignorés ou oubliés;
- de structurer le dépistage de manière objective en mettant en lumière les sphères de développement à surveiller, les besoins ainsi que les forces de l'enfant ou du jeune;
- de susciter la discussion et d'optimiser le temps de rencontre avec l'enfant ou le jeune et le parent;
- de développer un langage commun entre les participants (jeune, parent, intervenant);
- de soutenir l'élaboration du plan d'intervention en déterminant des objectifs spécifiques et précis, propres à chaque jeune;
- d'effectuer un suivi du développement du jeune et de mettre en valeur de façon objective les progrès réalisés;
- d'évaluer les impacts de certains programmes ou services;
- d'assurer une meilleure utilisation des ressources spécialisées.

NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau D.6 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	17 documents retenus 10 articles scientifiques (5 PJ + 2 population générale + 3 population autochtone) [Parker <i>et al.</i>, 2019; Wright <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; Young <i>et al.</i>, 2017; Borg <i>et al.</i>, 2014; Dionne <i>et al.</i>, 2014; Williamson <i>et al.</i>, 2014; Vogels <i>et al.</i>, 2009; Ball, 2008; Whyte et Campbell, 2008] 7 documents issus de la littérature grise (3 PJ + 4 population générale) 3 lignes directrices [Center for the Study of Social Policy, 2018; Szilagyi <i>et al.</i>, 2015; Weitzman <i>et al.</i>, 2015] 4 textes d'opinion [Chitsabesan et Khan, 2017; Macy <i>et al.</i>, 2014; Marks et LaRosa, 2012; Squires, 2012] - Qualité méthodologique : faible (6/17) ; modérée (9/17) ; élevée (2/17)	Modérée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Les résultats des sondages et groupes de discussion de même que des lignes directrices et des textes d'opinion relèvent des avantages similaires pour les intervenants et gestionnaires à l'utilisation d'un outil de dépistage standardisé. - Des avantages sont rapportés, peu importe l'âge des enfants ou l'outil d'évaluation utilisé.	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	Bien que l'impact ne soit pas directement mesuré, les avantages rapportés par les différents répondants peuvent avoir un impact substantiel sur l'acceptabilité et l'applicabilité des outils de dépistage par les intervenants et gestionnaires du réseau.	Modérée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 8/17 documents. - Population d'enfants autochtones dans 3/17 documents. - Les avantages relevés sont similaires, autant pour les enfants recevant des services en vertu de la LPJ que pour les enfants de la population générale et ceux issus des communautés autochtones. - É.-U. (7); Royaume-Uni (4); Canada (2); Québec (1); Finlande (1); Irlande (1); Pays-Bas (1)	Modérée

Limites ou inconvénients liés à l'utilisation d'un outil de dépistage (constat 4)

Tableau D.7 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Cao <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quali.	CTES DECA SDQ	0-18 ans	44 child welfare workers + 7 co-located behavioral health clinicians (n = 51) (É.-U.)	Workers often reported rewording or rephrasing the screening items (although instructed not to during their trainings) because they wanted to help caregivers comprehend the question. However, rephrasing items is problematic because of the potential to bias caregivers' reporting of children's functioning and experiences.	Modérée
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group: 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - Both foster carers and clinicians commented that the BAC-A (...) lacked detail and scope. These views were often expressed in conjunction with a vague elucidation that brief tools are the preferred format for service questionnaires, but concluded that as a result, important qualitative information about the child might be lost. For many, LAA complexities were such that a questionnaire of any length seemed insufficient as a stand-alone tool. - Small number of foster carers felt that due to the nature of foster carers' complex, demanding, role as full-time carer and advocate, being given short tools was almost insulting. - Both clinicians and foster carers expressed concern about the BAC-A's three-point scale. They reported the scale could limit information gathered at assessment or fail to differentiate between behaviour severity and consequent resource allocation. Interestingly two participants from each participant group suggested using a "sliding scale" (Jessica, C3) which would enable behavioural measurement on a continuum and allow respondents greater freedom in their answers. - Many clinicians and some foster carers reported that despite its relevance, the key component missing from the BAC-A was a specific reference to diagnosable mental health conditions and symptomatology. Both participant groups agreed that although the BAC-A was well suited to LAA presentations, the SDQ asked specific mental health and psychological wellbeing questions that were of value to LAA. Finally clinicians commented on areas of relevance not covered in the BAC-A such as risk, functioning, and psycho-somatic complaints. - In one group clinicians felt that the wording of a couple of the BAC-A items carried an inherently negative or detrimental message about the child's behaviour. - Both foster carers and clinicians raised concerns during qualitative interviews that a number of BAC-A items could be misinterpreted by respondents due to wording or contextual issues, such as respondent experience.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Frogley, 2018] Article sc. devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M=7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5 foster carers + 8 clinicians	<u>Questionnaire d'utilité (quanti: foster carers)</u> - Participants scored the BAC-C more negatively for (...) asking upsetting questions. <u>Données qualitatives : Groupes de discussion</u> - Foster carers also gave examples of difficulties commonly experienced in their LAC that were missing from the BAC-C. These included: controlling behaviour, rejecting affection, refusing to eat, toileting problems and hyperactivity.	Élevée (quanti) Modérée (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			(Royaume-Uni)	- A number of foster carers felt that the SDQ also overlooked key behaviours they observed in their child; often referring to these as 'subtle behaviours'. - Two participants felt the SDQ was better equipped to identify behaviours related to 'acting out' or 'physical behaviour'. They worried that the BACC would fail to detect these types of behaviours in their children and suggested that the two questionnaires fitted different types of children. However, participants felt that both sets of behaviour needed consideration. - Likewise, clinicians expressed concerns that important information was missing from the BAC-C : somatisation, mood, concentration, imaginary friends and information about behaviours across settings. - Clinicians wondered whether the scale of '0, 1 and 2' was too restrictive or 'limited'. Several clinicians felt it may not 'leave space for nuance' and thus, may fail to 'gauge the seriousness of the difficulties' or differentiate between children who are 'fighting for resources'. - Frequent examples of foster carers stating that the questions were likely to be interpreted differently according to different foster carers. Many clinicians also wondered whether foster carers would interpret the questions correctly. Clinicians questioned whether the items on the BAC-C were 'too broad', 'subjective', taken 'literally'. Questions such as 'too jealous' or 'too friendly with strangers' were picked out as subjective and misleading. - Three foster carers believed that many of the children they have cared for 'don't meet the stereotypes in the boxes' and therefore don't gain access to additional support. Frequently foster carers suggested children who act out were more likely to meet the criteria than children who showed their distress in other ways. Lisa: "I've never been able to get my answers to quite fit with the types of things they ask (on the SDQ)." - Clinicians frequently reported that information relating to 'attachment' was missing from typical questionnaires used in CAMHS.	
[Wright <i>et al.</i> , 2019] Article sc. devis mixte	SDQ	Looked-after children referred to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) 4-17 ans	144 enfants Focus group : 9 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - The most frequently cited criticism of the SDQ was that the SDQ misses developmental trauma and attachment difficulties. This was described by almost all (n = 8) of the participants. This perception seemed to influence clinicians' views on the suitability of the SDQ for use with the looked-after population. - Many clinicians expressed a view that the SDQ had limited value in working with this client group because it focuses on symptoms within the child and does not capture difficulties in their relationships with their caregivers. As such, an important subtheme was: The SDQ misses the real patient. - Because the SDQ does not assess children in the context of their caregiving relationships, clinicians expressed concern that SDQ scores might not fully capture the difficulties that were being targeted, both at assessment and at follow-up if used as an outcome measure. Changes in the quality of the relationship between carer and child were viewed as a valuable outcome, even where children's presentations had not changed significantly over the course of the intervention. - Almost all clinicians (n = 8) described or gave an example of the SDQ missing less "noisy" difficulties in children. SDQs from carers and teachers were typically described as more likely to report difficulties with behavior, and less likely to identify emotional difficulties. - Given the complexity of the difficulties affecting children and their care networks, clinicians described the importance of clinical judgment when making decisions about whether treatment should be	Modérée (quanti) Faible (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				offered. Although the majority of clinicians (n = 6) felt that the SDQ could be a useful tool as part of a wider assessment, all of the clinicians interviewed reported using clinical judgment to override the service requirement for an SDQ score of 15 or more, if other evidence suggested that it might be underestimating the level of difficulty. - Carers and professionals might overreport on the SDQ in order to gain access to the service. - Three clinicians described a sense of pressure to stick to the service requirement of a score of 15 or above on the SDQ in a context of limited capacity and high demand. Concerns were expressed that some children with low SDQ scores who needed a service might miss out because of this. - Most clinicians (n = 7) stated that they considered the possibility of underreporting by young people themselves when reviewing the SDQ-S. "Is the child underreporting certain concerns or over reporting strengths? For various reasons ... it might be, you know, just wanted to be seen as normal or just want to please the parent or the carer, which is a common dynamic in looked after children, um, or just not knowing whether ... reporting it honestly might lead to something bad for the child. (Clinician 3) »	
Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Borg <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	SDQ	4-9 ans	1546 parents 1286 éducateurs et 119 professeurs 156 infirmières (Finlande)	- A total of 37% of the public health nurses felt that the use of the SDQ in medical check-ups was rather burdensome. - Teachers in pre-school education (24%) and at school (34%) also reported difficulties in filling in the questionnaire: they would have needed more open-ended options, the three-step scale of the item scoring was found too narrow (...). - The theme most commonly (36%) mentioned by the parents was the contradictory and confusing experiences of using the SDQ in the medical check-ups: lack of dialogue with and interest on the part of professionals, and lack of feedback on the thoughts of the professionals about the child and the family. - Parents reported similar difficulties in filling in the questionnaire (21%) as did the teachers.	Modérée
[Darling-Churchill et Lippman, 2016] Texte d'opinion	N/A	Early childhood	(É.-U.)	- Difficulté : la mesure auprès de populations particulières, telles que les enfants qui apprennent deux langues, qui ont un handicap ou qui sont de cultures différentes. - Constate un manque de correspondance entre les évaluations des parents et celles des enseignants/donneurs de soins, ce qui fait craindre pour la validité de l'évaluation.	Modérée
[Dionne <i>et al.</i> , 2014]	ASQ	9-66 mois	394 évaluations auprès de parents-éducateurs	<u>Données qualitatives</u> Several Mohawk parents mentioned having difficulties discriminating between “sometimes” and “yes” response options.	Faible (quanti) Faible (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. devis mixte			Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	They also felt that it is important for parents to understand that it is normal for a child to be unable to accomplish all items on the questionnaire and that it is important not to focus on mistakes or “wrong” answers.	
[Macy <i>et al.</i> , 2014] Texte d'opinion	N/A	Young children Programme détection précoce « Child Find »	(É.-U.)	Mauvais usage possible des outils de dépistage, p. ex. : - utilisation des outils de dépistage brefs (ex. : SDQ, ASQ, PEDS) pour déterminer l'admissibilité à des programmes d'intervention, élaborer des plans d'intervention ou fixer des objectifs thérapeutiques (mauvaise pratique selon les auteurs) - tendance chez les praticiens de ne pas tenir compte des résultats du test et de ne pas référer les enfants qui devraient être suivis, selon l'outil, à des services (seulement 61 % des enfants qui ont échoué à l'ASQ ou au PEDS ont été référés aux services d'intervention précoce) - Les programmes de détection précoce, tels que le programme <i>Child Find</i>, ont tendance à ne pas tenir compte des enfants avec des facteurs de risque biologiques, environnementaux et comportementaux (ex. : enfants abus/négligence).	Modérée
[Marks et LaRosa, 2012] Texte d'opinion	N/A	Surtout 0-5 ans	(É.-U.)	Limites du dépistage en première ligne Aucun outil de dépistage ne permet de relever tous les problèmes de développement-comportement et de combler les besoins de chaque population et contexte de soins.	Modérée
[Oberklaid <i>et al.</i> , 2013] Texte d'opinion	N/A	Early childhood	(Australie)	- La lacune la plus importante est que les outils de dépistage ne tiennent pas compte de la complexité et de la nature dynamique du développement de l'enfant. - Les programmes de dépistage s'appuient sur une distinction claire entre la présence ou l'absence de la condition (perspective médicale), alors que les difficultés développementales et comportementales se situent sur un continuum.	Modérée
[Sheldrick <i>et al.</i> , 2011] Recension des écrits	N/A	1-17 ans	11 articles américains Pediatric primary care providers' identification of developmental behavioral problems in children (É.-U.)	False positive require additional assessment, as if they occur in increasing numbers, it would have an effect on pediatricians' time and the capacity of referral sources. - A positive result suggests the presence of disorder even if that suggestion is later reversed. For parents who have real concerns about their children despite sub-clinical symptoms, such attention might be welcome. However, other parents might still experience anxiety or stigma associated with false-positives results.	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Vogels <i>et al.</i> , 2009] Article sc. quanti.	CBCL SDQ PSC PSYBO BA	7-12 ans	2041 parents 9 preventive child healthcare professionals (Pays-Bas)	The percentage of parents rating the questionnaires as difficult varied between 41% (PSC) and 31% (PSYBOBA). Finally, 20% of the parents had criticisms on the PSC, compared to nine percent for the PSYBOBA and ten percent for the SDQ. They criticized the ambiguity of some questions (e.g. "Spends more time alone ..." without specification of how to compare) and the discrepancy between items and answering categories (e.g. "School grades dropping" to be answered with never, sometimes, or often).	Élevée
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatrician s)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	Behavioral and emotional screening instruments have many of the same advantages and limitations as developmental screening instruments. They involve a time commitment for parents or guardians to complete and for staff and clinicians to score, interpret, and report the results.	Élevée
[Williamson <i>et al.</i> , 2010] Article sc. quali.	SDQ	4-17 ans	Aboriginal parents (n = 15) Aboriginal research assistants and youth workers (n = 32) Autochtone (Australie)	- They reported that the SDQ might not be completed honestly for fear of use of the data by other services or answers reflecting badly on their parenting skills. The language used in some questions, however, was found to be unclear. In particular, item 16 'nervous or clingy in new situations, easily loses confidence' was found to be confusing.	Modérée

Tableau D.8 Énoncé de preuve

Selon la littérature consultée, l'utilisation d'un outil de dépistage des difficultés et retards liés au développement, comparativement au jugement clinique ou à une évaluation globale du développement, peut présenter certains inconvénients ou limites, dont :

- ne pas permettre d'avoir un portrait complet et détaillé de l'ensemble des difficultés pouvant être vécues par l'enfant ou le jeune recevant des services en vertu de la LPJ;
- ne pas tenir compte de la complexité et de la nature dynamique du développement;
- être culturellement inappropriée;
- identifier faussement un enfant ou un jeune comme présentant des difficultés ou retards (faux positifs);
- ne pas identifier un enfant ou un jeune qui présente des difficultés ou des retards (faux négatifs), qui pourrait bénéficier de services d'intervention précoce;
- être basée sur des échelles de réponse qui peuvent être restrictives ou qui ne laissent pas suffisamment de place à la nuance;
- limiter la validité des résultats, car elle dépend des informations transmises par un seul répondant (jeune ou parent);
- contenir des formulations difficiles à comprendre pour certains répondants;
- provoquer un inconfort ou des sentiments négatifs chez les répondants;
- être stigmatisante pour les répondants;
- utiliser les résultats du dépistage à une fin administrative (p. ex. : pour déterminer l'admissibilité à des programmes d'intervention);
- être perçue par l'intervenant comme une simple exigence administrative.

NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : FAIBLE

Tableau D.9 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	14 documents retenus 9 articles scientifiques (4 PJ + 3 population générale + 2 population autochtone) [Cao <i>et al.</i>, 2019; Wright <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; Borg <i>et al.</i>, 2014; Dionne <i>et al.</i>, 2014; Sheldrick <i>et al.</i>, 2011; Williamson <i>et al.</i>, 2010; Vogels <i>et al.</i>, 2009] 5 documents issus de la littérature grise (5 population générale) 1 ligne directrice [Weitzman <i>et al.</i>, 2015] 4 textes d'opinion [Darling-Churchill et Lippman, 2016; Macy <i>et al.</i>, 2014; Oberklaid <i>et al.</i>, 2013; Marks et LaRosa, 2012] - Qualité méthodologique : faible (3/14); modérée (8/14); élevée (3/14)	Modérée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Les résultats d'études quantitatives et qualitatives ainsi que des textes d'opinion et une ligne directrice relèvent des limites/risques similaires à l'utilisation d'un outil de dépistage. - Des limites/risques sont relevés, peu importe l'âge des enfants ou l'outil d'évaluation utilisé.	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure ces limites influencent la validité des outils de dépistage une fois qu'elle a été établie. - Cependant, les limites/risques potentiellement liés à l'utilisation d'un outil de dépistage peuvent réduire l'acceptabilité et l'applicabilité de l'outil, autant chez les enfants que chez les parents et les intervenants.	Faible
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 4/14 documents - Population d'enfants autochtones dans 2/14 documents - Documents de la littérature grise traitent surtout de la population 0-5 ans et de dépistage universel - É.-U. (6); Royaume-Uni (3); Australie (2); Finlande (1); Pays-Bas (1) ; Québec (1)	Faible

ANNEXE E

Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 5

Sphères du développement à considérer selon l'âge (constat 5)

Tableau E.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Committee on Adolescence, 2011] Lignes directrices	N/A	Adolescents	Youth in juvenile justice system (É.-U.)	There is no standardized approach used in the juvenile justice system to screen for substance use/abuse. It is important to screen for the use or abuse of alcohol, tobacco, and the gamut of other drugs, including illicit, prescription, and non proprietary substances.	Faible
[Council on Foster Care <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (É.-U.)	- Understanding the role of childhood trauma in the emergence of child mental health problems is extremely important, because it will direct the child toward appropriate treatment. - Assessing each child's unique health needs at entry into foster care is critical. - It is recommended that children in foster care be seen (...) to monitor their health, emotional wellbeing, development, psychosocial stressors, continued adjustment to their foster family, and visitation with birth parents or other relatives - Recommendation for clinical care: - All children and adolescents should have a comprehensive evaluation of their medical, mental health, developmental, educational, and oral health status (Table 4 in accompanying technical report 3) within 30 days of placement. - Ideally, all children should receive developmental, educational, and/or mental health evaluations, but priority should be given to children with needs identified through screening when resources are limited. The importance of good dental care should be communicated to foster parent(s) and older children and adolescents in foster care.	Modérée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group: 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - All participants thought the BAC-A questions were pertinent to LAA specifically in relation to themes of attachment and trauma which clinicians felt made it more “precise” (C6) than other tools. Clinicians in particular felt that specific items were clinically useful, in particular, the question relating to dissociation. - Themes of attachment and trauma were evaluated as being unique to the BAC-A, whereas in the SDQ and other commonly used measures, such themes were thought to be less clearly defined or not examined at all.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Frogley, 2018] Article sc. devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M=7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5 foster carers + 8 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives – groupes de discussion</u> - Foster carers provided ample examples of behaviours included on the BAC- C that were neglected by other questionnaires. This was supported by the clinicians who frequently reported that information relating to ‘attachment’ was missing from typical questionnaires used in CAMHS. - Participants valued the SDQ over the BAC-C for asking relevant questions about behaviours and topics at school, and when thinking about how useful the measure is for people involved in the child's care	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[McCrae et Brown, 2018] Recension des écrits	24 social- emotion al screenin g instrum ents	0-10 ans	To review the substantive and psychometric properties of social- emotional screening instruments designed for children ages 10 and younger in child welfare (É.-U.)	Screening instruments that are sensitive to psychosocial problems that are common among child welfare-involved children will be the most useful. Among very young children, these may include regulatory problems, attachment-related concerns, communicative problems, and behavior problems (Huffman & Nichols, 2004). Among older children, these include affective and anxiety disorders, post-traumatic stress, and conduct disorders (Blumberg et al., 1996).	Faible
[Szilagyi <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	- In the primary care setting, the pediatrician can administer a validated mental health screening as an initial assessment - Brief developmental surveillance, including behavioral and emotional health, should be conducted for the child younger than 5 years, although the caregiver likely has limited knowledge about the child and the child may be in such emotional shock that developmental skills and emotional health may be challenging to accurately assess. - Screening for acute mental health and behavioral issues, especially suicidal and homicidal ideation or a history of violent behaviors that might require urgent mental health assessment and management, is important in children 5 years and older so that appropriate care can be sought.	Modérée
[Whyte et Campbell, 2008]	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	22 social workers, senior practitioners, senior social workers and principal officers	Practitioners working with Children with Special Needs spoke of the usefulness of SDQs for their client group as a “lot of people would not regard children with disabilities as having mental health issues and obviously that's not the case at all”. This assessment “highlights the significance of the child's difficulties on their functioning and the impact on those who are”. “This has put children with disabilities' mental health on the line for the first	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. quali.			(Irlande)	time.' • Attachment-related difficulties also featured highly as practitioners reflected that a very small minority of extremely disturbed children and their carers receive skilled therapeutic intervention, leaving many other LAC and carers floundering and moving from placement to placement without ever addressing the issues.	
[Wright <i>et al.</i> , 2019] Article sc. devis mixte	SDQ	Looked-after children referred to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) 4-17 ans	144 enfants Focus group : 9 cliniciens (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> • The most frequently cited criticism of the SDQ was that the SDQ misses developmental trauma and attachment difficulties. This was described by almost all (n = 8) of the participants. This perception seemed to influence clinicians' views on the suitability of the SDQ for use with the looked-after population.	Modérée (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] Lignes directrices	N/A	Enfants et adolescents	Children with mental health problems or children with psychosocial problems Primary care practice (É.-U.)	• 3 recommandations découlant de recension de la littérature et d'opinions d'experts sur le dépistage en santé mentale - Use validated instruments to screen for socio-emotional problems in children 0 to 5 years of age with abnormal developmental screening tests (typically performed at 9 months, 18 months, and 24 or 30 months) or abnormal autism screening test *typically performed at 18 and 24 months); at any time clinician observes poor growth or attachment or symptoms such as excessive crying, clinginess, or fearfulness for developmental stage, or regression to earlier behavior; and at any time family identifies psychosocial concerns. - Use validated instruments to screen all school-aged children (5 years through adolescence) for symptoms of mental illness and impaired psychosocial functioning at health maintenance visits; at any time of family disruption, poor school performance, reported behavioral difficulties, recurrent somatic complaints, or involvement of a social service or juvenile justice agency; and when child of family identifies psychosocial concerns. - In addition, screen all adolescents for substance use (including tobacco) at each health maintenance visit and whenever circumstances such as an injury, car crash, or fall in school performance suggest the possibility of substance abuse. If adolescent reports using substance(s), assess for extent of use.	Faible
[Borg <i>et al.</i> , 2014]	SDQ	4-9 ans	1546 parents 1286 éducateurs et 119 professeurs	• When the experiences of the SDQ and previous methods were compared, 43% of the public health nurses (n = 82) and 33% of the pre-school teachers (n = 863) reported that using the SDQ increased focusing on the mental health of the child. The public health nurses also praised the SDQ for yielding more information on the child's health (17%)	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. quanti.			156 infirmières (Finlande)	31% the parents gave positive and supportive feedback on paying attention to the mental health of the child.	
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatricians)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	- Beginning in early adolescence, screening for substance use should be implemented. Substance use and dependence have consistently been found to be one of the most prevalent behavioral health diagnoses in adolescents. Identifying and treating a behavioral or emotional problem without detecting and treating cooccurring substance use will likely lead to ineffectual treatment. - The US Preventive Services Task Force recommends screening all adolescents (12–18 years of age) for depression, when systems are in place, to ensure accurate diagnosis, treatment, and follow-up. - Pediatricians should use targeted screening for other problems, such as suicidality or anxiety, if there is concern raised by the provider, patient, or parent or the child is at high risk.	Élevée

Tableau E.2 Énoncé de preuve

La littérature consultée indique que les sphères de développement à considérer selon l'âge des enfants sont les suivantes : • 0-5 ans : développement global (sphères socioémotionnelle, motrice, langagière et cognitive); • 6-12 ans : développement global, en portant une attention particulière à la sphère socioémotionnelle, à l'état de santé mentale et au fonctionnement psychosocial; • 13-18 ans : développement global, en portant une attention particulière à la sphère socioémotionnelle, à l'état de santé mentale, au fonctionnement psychosocial et à l'utilisation de substances psychoactives. Pour les enfants et jeunes recevant des services en protection de la jeunesse, la littérature indique qu'une attention particulière devrait également être portée aux expériences traumatiques et aux difficultés d'attachement.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau E.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale • Quantité d'études • Qualité méthodologique des études	• 11 documents retenus - 6 articles scientifiques (5 PJ + 1 population générale) [Wright <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; McCrae et Brown, 2018; Borg <i>et al.</i>, 2014; Whyte et Campbell, 2008] - 5 documents issus de la littérature grise (3 PJ + 2 population générale) ▪ 5 lignes directrices [Council on Foster Care <i>et al.</i>, 2015; Szilagyi <i>et al.</i>, 2015; Weitzman <i>et al.</i>, 2015; Committee on Adolescence, 2011; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] • Qualité méthodologique : faible (5/11) ; modérée (5/11) ; élevée (1/11)	Modérée
Cohérence • Cohérence de l'effet d'intervention • Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	• Des études qualitatives réalisées auprès de parents/intervenants et des lignes directrices déterminent des cibles de dépistage semblables. • Certaines dimensions à évaluer sont spécifiques à la population des enfants en protection de l'enfance, dont le trauma et l'attachement.	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social • Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet • Atteinte des objectifs d'intervention	• Impact non mesuré directement • D'un point de vue clinique, il est important de dépister des difficultés ou retards dans les sphères de développement qui sont considérées par les experts comme étant les plus pertinentes selon l'âge de l'enfant.	Faible
Généralisation des résultats • Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	• Population d'enfants en protection de l'enfance dans 8/11 documents • Population d'enfants autochtones dans 0/11 documents • É.-U. (7); Royaume-Uni (2); Irlande (1); Finlande (1)	Élevée

ANNEXE F

Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 6

Caractéristiques des outils de dépistage à privilégier (constat 6)

Tableau F.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Cao <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quali.	CTES DECA SDQ	0-18 ans	44 child welfare workers + 7 co-located behavioral health clinicians (n = 51) (É.-U.)	- Overall, a majority of participants spoke positively about (...) the ease of use - Workers shared that the length as well as the language used in tools introduced challenges during caregiver engagement Workers often reported rewording or rephrasing the screening items (although instructed not to during their trainings) because they wanted to help caregivers comprehend the question. However, rephrasing items is problematic because of the potential to bias caregivers' reporting of children's functioning and experiences. - The length of the tool was noted as another barrier, especially when there were multiple children who needed to be screened and assessed in the same household. Even though the screening and assessment tools were intended to be brief, the tools needed to be repeated for each child in the household and therefore introduced greater respondent burden for the parent.	Modérée
[Chitsabesan et Khan, 2017] Texte d'opinion	MAYSI-2 SQIFA	Adolescents	Young offenders (Royaume-Uni)	Les outils centrés sur les besoins, sur les risques ou sur la résilience sont plus utiles pour orienter les interventions que ceux avec une attention particulière sur les symptômes.	Modérée
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group : 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - Most foster carers reported that the BAC-A layout was “clearer” (Sarah) than the SDQ, with one foster carer commenting that it was more appealing because it was “more modern in appearance” (Carly). - Clinicians commented that a right-sided scoring scale does not accommodate right-to-left scanning that occurs in reading, potentially problematic for a respondent with dyslexia. - Language: Two foster carers reported that the questionnaire was “quite sensible, quite easy to understand” (Carly) and “worded easily” (Norah).	Élevée (quanti) Modérée (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Frogley, 2018] Article sc. devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M = 7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5 foster carers + 8 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Questionnaire d'utilité (quanti; foster carers)</u> - BAC-C had clear instructions, the measure was briefer, and it was easier to complete without assistance - Participants scored the BAC-C more negatively for being too long <u>Données qualitatives - Caractéristiques appréciées du BAC-C (groupes de discussion)</u> - Foster carers often made references to the questionnaire being 'easy to look at', 'easy to read' or 'easy to complete'. Several foster carers felt that this was a result of less questions or less headings than other questionnaires. Several participants also talked about the 'yes' or 'no' style responses of the BAC-C as a factor that made it easy to complete.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Levitt, 2009] Texte d'opinion	N/A	0-18 ans	Youth in child welfare (É.-U.)	Utilisation d'un outil avec sensibilité élevée pour problèmes intériorisés, de façon à réduire le risque de faux négatifs, et d'outils avec spécificité plus élevée pour problèmes extériorisés, tels que TDAH, afin de limiter le nombre de faux positifs et l'évaluation diagnostique subséquente inutile.	Faible
[McCrae et Brown, 2018] Recension des écrits	24 social- emotional screening instrumen ts	0-10 ans	To review the substantive and psychometric properties of social-emotional screening instruments designed for children ages 10 and younger in child welfare (É.-U.)	- Screening instruments can be evaluated with the same criteria used to evaluate other psychological measures—the extent to which the instrument accurately groups children and is feasible in practice (e.g., Bergman, 2004; Bricker et al., 2004; Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004). - Feasibility includes families' receptivity to particular measures. Families may have preferences related to the wording of particular items and be more receptive to tools that are multidimensional rather than focused on mental health specifically (Bergman, 2004; Jensen & Levitt, 2004). - One additional factor is the context of service delivery, in that instruments should fit within the rubric of agency practice and theory of service delivery (Fantuzzo, McWayne, & Bulotsky, 2003). In child welfare, this would likely include instruments that target children's strengths and family resources in addition to concerns. Sensitivity to psychological problems of 70–80% and specificity to normal development of 70–80% have been proposed as the desired standards for developmental measures (American Academy of Pediatrics, 2001; Glascoe, 2000). - The standard is that psychological measures should have national norms established for age, gender, race/ethnicity, and informant subgroups (Bergman, 2004; Cicchetti, 1994; Glisson, Hemmelgarn, & Post, 2002; Myers & Winters, 2002). - Workers express the need for tools that can be completed "on the spot" during brief meetings or telephone interviews and that require limited training (Hemmelgarn, Glisson, & Sharp, 2003). Resources are another important criterion for agencies. At the most fundamental level, cost includes staff time, materials, and training (Bergman, 2004). Instruments that are completed by parents rather than require direct observation of the child or a parent interview are the least costly. Material costs vary according to the purchase price and required technology, whether or not the instrument can be photocopied (if paper form), and whether the instrument requires a change in version depending on the child's age (Bergman, 2004). - In child welfare services, this would include instruments that are not only reliable and valid but strengths-based or supported by risk and resilience theories.	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] Lignes directrices	N/A	Enfants et adolescents	Children with mental health problems or children with psychosocial problems Primary care practice (É.-U.)	- Adequate screening requires the use of a tool with strong psychometric properties (reliability and validity). - Numerous studies have pointed to the feasibility of using brief, psychometrically sound mental health screening tools in primary care settings.	Faible
[Borg <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	SDQ	4-9 ans	1546 parents 1286 éducateurs + 119 professeurs 156 infirmières (Finlande)	- Almost all the parents (97%) and 93% of the teachers did not consider the SDQ too burdensome. - Parents also felt it was good to focus on the well-being of their child. - Teachers in pre-school education (24%) and at school (34%) also reported difficulties in filling in the questionnaire: (...) they wanted the strengths of the child to be pointed out more clearly. - Parents reported similar difficulties in filling in the questionnaire (21%) as did the teachers.	Modérée
[D'Aprano <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quali.	ASQ-3	1 mois – 5 ½ ans	Aboriginal children living in 2 very remote communities 18 parents 14 health care workers, early childhood specialists, and Aboriginal community experts Autochotone (Australie)	- Informants were concerned about the length of the ASQ-3 : too much information and it won't interest me because too much words and you know, no pictures there. (Aboriginal key informant) - Informants felt parents would not engage with such a long, wordy instrument, thus the "overall" section was omitted.	Modérée
[Darling-Churchill et	N/A	Early childhood	(É.-U.)	Considérations pour le choix des outils : la qualité de la mesure (p. ex. : fiabilité, validité et échantillon de normalisation)	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Lippman, 2016] Texte d'opinion				- la facilité avec laquelle la mesure pourrait être utilisée (p. ex. : le moment de l'administration ou la formation requise pour l'administrer) - la disponibilité de la mesure dans des langues autres que l'anglais - le coût d'utilisation de l'outil - la facilité d'administration de l'outil dans la pratique	
[Dionne <i>et al.</i> , 2014] Article sc. devis mixte	ASQ	9-66 mois	394 évaluations auprès de parents- éducateurs Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	<u>Données qualitatives</u> - Users consider the ASQ to be an easy, simple, straight-forward and pleasant tool to use - They also suggested adding visual supports (drawings)	Faible (quanti) Faible (quali)
[Squires, 2012] Texte d'opinion	N/A	Early childhood	(É.-U.)	Qualités recherchées des outils de dépistage : rapide et facile à administrer attrayant pour l'enfant culturellement sensible preuve de leur exactitude (validité et fidélité)	Modérée
[Vogels <i>et al.</i> , 2009] Article sc. quanti.	CBCL SDQ PSC PSYBOB A	7-12 ans	2041 parents d'enfants 9 Preventive Child Healthcare professionals (Pays-Bas)	- Twelve percent found the PSYBOBA long or too long, compared to 20% for the PSC and 19% for the SDQ. - The percentage of parents rating the questionnaires as difficult varied between 41% (PSC) and 31% (PSYBOBA). 9 critères d'utilité cotés par les professionnels (All items answered, Not irritating at all for the parent, Fully understood, Questionnaire led parents to reflection of the child's mental health, Calculation of scales scores: not difficult, Calculation of scale scores not time consuming, Conversation, based on questionnaire, with parents was useful, Questionnaire covered all parents perceived problems, Questionnaire covered all problems perceived by PCH professional). Mean rating for the SDQ and the PSYBOBA was 6.3, higher than that for the PSC (5.5). When asked which questionnaire they would like to use in the future, four of the eight PCH professionals chose the SDQ, two the PSYBOBA and only one the PSC. One PCH professional did not make a choice.	Élevée
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatrician s)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the	- Pediatricians should be aware of the sociodemographic characteristics of populations enrolled in validation studies as they make decisions regarding any screening instruments used. - Like developmental screening tools, behavioral and emotional screening tools should have a sensitivity and specificity of >0.70. - Adequate screening requires the use of a tool with strong psychometric properties (reliability and validity).	Élevée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	Numerous studies have pointed to the feasibility of using brief, psychometrically sound mental health screening tools in primary care settings.	

Tableau F.2 Énoncé de preuve

Les outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement à privilégier sont ceux qui présentent les caractéristiques suivantes : • instructions de passation claires; • brièveté; • facilité d'utilisation (ex. : simple à compléter, peu de matériel et de formation requis); • attrayants pour le jeune, le parent, l'intervenant; • centrés non seulement sur les difficultés, mais également sur les forces; • qualités psychométriques adéquates (sensibilité et spécificité $\geq 0,70$); • sensibilité élevée pour les problèmes intériorisés (pour réduire les faux négatifs) et spécificité élevée pour les problèmes extériorisés (pour réduire les faux positifs); • culturellement sensibles; • faible coût; • disponibilité dans d'autres langues que l'anglais.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau F.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	14 documents retenus 8 articles scientifiques (4 PJ + 2 population générale +2 population autochtone [Cao <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; McCrae et Brown, 2018; D'Aprano <i>et al.</i>, 2016; Borg <i>et al.</i>, 2014; Dionne <i>et al.</i>, 2014; Vogels <i>et al.</i>, 2009]) 6 documents issus de la littérature grise (2 PJ + 4 population générale) 2 lignes directrices [Weitzman <i>et al.</i>, 2015; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] 4 textes d'opinion [Chitsabesan et Khan, 2017; Darling-Churchill et Lippman, 2016; Squires, 2012; Levitt, 2009] - Qualité méthodologique : faible (4/14) ; modérée (7/14) ; élevée (3/14)	Modérée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- L'ensemble des documents fournissent des résultats cohérents quant aux caractéristiques des outils de dépistage à privilégier. - Des études qualitatives et mixtes réalisées auprès de parents/intervenants et des lignes directrices mettent en évidence des caractéristiques similaires d'outils de dépistage à privilégier.	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Aucune donnée quantitative directe pour connaître l'impact des caractéristiques sur le taux de dépistage ou sur l'acceptabilité/applicabilité des outils. - Les outils qui présentent une sensibilité et une spécificité élevées augmentent le nombre de vrais positifs et de vrais négatifs. - D'un point de vue clinique, les caractéristiques recensées des outils en favorisent l'acceptabilité et l'applicabilité de la part des utilisateurs.	Modérée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 6/14 documents - Population d'enfants autochtones dans 2/14 documents - Les caractéristiques d'un outil de dépistage à privilégier auprès d'une population d'enfants recevant des services en vertu de la LPJ sont similaires à celles des outils applicables auprès de la population générale ou autochtone. - É.-U. (7); Royaume-Uni (3); Finlande (1); Pays-Bas (1) ; Québec (1); Australie (1)	Élevée

ANNEXE G

Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 7 et 8

Normes du développement établies auprès d'enfants et de jeunes issus de la population générale ou de communautés autochtones (constat 7)

Tableau G.1 Tableau d'extraction

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
[Ball, 2008] Article sc. quali.	ASQ	4-60 mois Report summarizes findings of a project undertaken to explore steps towards the culturally appropriate implementation of the ASQ in Aboriginal Head Start (AHS) Programs delivered by the Public Health Agency of Canada in BC.	Consultation conducted by phone, email and face-to-face, with: (1) BC AHS Coordinators; (2) representatives of the BC Aboriginal Infant Development Program (AIDP); (3) representatives of the BC Aboriginal Supported Child Development Program. Autochtone (Canada)	- Nearly all developmental monitoring, screening and assessment tools, norms, and cut off criteria have been developed through research involving samples of children with limited cultural variability. The items that make up the tools have been informed by research and theory created in the dominant culture, reflecting values and assumptions that inform dominant cultural conceptualizations of what it means to be healthy and developmentally 'on track.' - Understandably, there are a number of questions that need to be answered and issues that must be addressed in decisions about whether and what tools to use with Aboriginal children, and how to ensure culturally safe and conceptual validity in the ways that tools are administered, scored and used in Aboriginal community programs. It is important to discover whether practitioners who work closely with Aboriginal infants, children and families in BC experience the ASQ as culturally appropriate, conceptually valid, and practically useful in Aboriginal community programs and would recommend its adoption on a programmatic or policy level. Participants noted that scoring the ASQ is not based on norms established in research with Aboriginal infants and children, and there could be some differences in the pace of development in various domains or on specific items. Participants indicated some interest in whether different age-norms might be found for Aboriginal children, or between urban and rural children. However, no participants expressed the view that the norms were significantly out of step with their observations of Aboriginal children's development.	Faible

[Bennett <i>et al.</i> , 2010] Article sc. quanti.	Griffith	12 mois	55 enfants aborigènes région urbaine Autochtone (Australie)	• Pas de différence significative entre les scores des enfants aborigènes et l'échantillon normatif britannique sur les échelles de locomotion, audition et langage, interactions personnelles et sociales, coordination mains-yeux et General Quotient Scores • Scores significativement plus bas que l'échantillon normatif sur l'échelle de la performance - Les auteurs mentionnent que la région urbaine de Campbellton comprend certaines banlieues hautement défavorisées, ce qui peut expliquer la moins bonne performance des enfants autochtones sur la sous-échelle performance • Seulement 13 % des enfants autochtones (n = 1) identifiés comme ayant des retards et 38 % (n = 6) dans la zone à surveiller (taux inférieur à la population australienne en général) • Explique bonne performance enfants aborigènes par le fait que l'anglais est la langue parlée à la maison pour toutes les familles, que 36 % des mères ne sont pas d'origine autochtone et que l'échantillon est composé à 65 % de filles • Selon les auteurs, les résultats indiquent que Griffith est un outil culturellement valide pour utilisation avec enfants aborigènes vivant en milieu urbain.	Modérée
[D'Aprano <i>et al.</i> , 2011] Article sc. quanti.	Brigance	3-7ans	124 enfants aborigènes de 3 communautés nordiques éloignées Autochtone (Australie)	• Using standard guidelines, all children scored below the age-specific cut-off identifying children likely to have developmental disabilities • There are three possible interpretations of these results (according to author) - It is possible that all children in the study were accurately identified by the Brigance screen and truly have developmental deficits or are at risk for school problems because of psychosocial risk factors. - This method of screening is not appropriate in this context. There may be children in the study who are developing normally but did not demonstrate the skills possessed (e.g., examiner who was not known to the majority of the children, varying levels of English language proficiency) - cultural relevance - some items were clearly not relevant in this context • Results cannot be explained by the lack of culturally relevant items and language tasks alone, and they further support the urgent need for children and families in remote communities to have access to universal, high-quality, early childhood services	Faible
[Dionne <i>et al.</i> , 2014] Article sc. devis mixte	ASQ-2	9-66 mois	Validation et adaptation ASQ auprès communauté Mohawk 394 évaluations auprès de parents-éducateurs Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	<u>Résultats quantitatifs</u> • Comparativement à l'échantillon normatif américain, coefficient de cohérence interne et corrélations des sous-échelles au score total généralement inférieurs et considérés comme faibles dans plusieurs cas • En établissant le point de coupure à 2 écarts-types de la moyenne, et à quelques exceptions près, les points de coupure pour Mohawk sont plus élevés que pour l'échantillon normatif.	Faible (quanti) Faible (quali)

[Findlay <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	Données d'enquêtes	0-6 ans	Enfants Inuits, Métis, Premières Nations vivant hors réserve Données enquête nationale (2006), enfants autochtones 10 provinces (n = 12 845) comparées données enquête population générale (n = 11 735) Autochtone (Canada)	• Différences dans l'acquisition de certaines tâches développementales entre 1) les enfants autochtones et ceux de la population générale, et 2) les différentes communautés autochtones (Inuits, Métis, Premières Nations) - 90 % des enfants autochtones sont capables de courir avant l'âge de 17-18 mois c. 20 % des enfants de la population générale. - Les enfants autochtones prononcent leur premier mot entre 6 et 23 mois c. entre 5 et 13 mois pour enfants de la population générale. - À 36 mois, 90 % des enfants Métis sont capables de faire une phrase pour exprimer un besoin c. à 42 mois pour Inuits et 45 mois pour Premières Nations. • Explication : les enfants autochtones grandissent généralement dans un environnement bilingue, ce qui peut se traduire par l'acquisition plus tardive des compétences langagières mais se traduira plus tard par une maîtrise des 2 langues (alors que pourrait laisser penser à retard selon normes de la population générale). • Les auteurs soulignent l'importance d'élaborer des normes spécifiques aux populations autochtones, plutôt que de se baser sur les normes de la population générale.	Modérée
---	--------------------	---------	--	--	---------

Tableau G.2 Énoncé de preuve

Le rythme d'acquisition des compétences développementales des enfants âgés de 0 à 7 ans issus des communautés autochtones diffère de celui observé dans la population générale et varie d'une communauté à l'autre. L'utilisation de normes établies auprès de la population générale tend à surestimer ou sous-estimer les difficultés et retards liés au développement dans les communautés autochtones.

NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau G.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	5 documents retenus 5 articles scientifiques [Dionne <i>et al.</i>, 2014; Findlay <i>et al.</i>, 2014; D'Aprano <i>et al.</i>, 2011; Bennett <i>et al.</i>, 2010; Ball, 2008] - Qualité méthodologique : faible (3/5); modérée (2/5) 1 seule étude effectue une comparaison directe du rythme d'acquisition des compétences développementales.	Faible
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Les résultats des études sont généralement cohérents (4/5) et indiquent que l'utilisation de normes établies auprès de la population générale surestime ou sous-estime les difficultés et retards liés au développement chez les enfants issus des communautés autochtones. - Les résultats indiquent que l'acquisition de certaines compétences ne s'effectue pas au même rythme dans ces communautés que chez les enfants issus de la population générale (ex. : plus précoces quant à la dimension motrice, plus tardifs pour l'exécution de tâches ciblées), et qu'entre les enfants issus de différentes communautés. - Le surdépistage ou le sous-dépistage s'expliquent par plusieurs facteurs, tels que l'éloignement, le fait de vivre hors communauté, la pauvreté et une faible littératie. - Divergence [Bennett <i>et al.</i>, 2010] : Selon une étude australienne réalisée en milieu urbain, pas de différence significative entre les enfants autochtones et l'échantillon normatif britannique sur les dimensions du Griffiths, à l'exception de l'échelle de performance. Cette absence de différence significative est expliquée par la similitude entre les enfants autochtones et ceux de l'échantillon normatif (l'anglais est la langue parlée à la maison pour toutes les familles ; 36 % des mères ne sont pas d'origine autochtone et l'échantillon est composé à 65 % de filles).	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Les variations rapportées dans les taux de dépistage entre les enfants autochtones et les échantillons normatifs sont importantes (allant de « aucune différence » à « 100 % des enfants identifiés avec retards »). - La surestimation des difficultés et retards liés au développement chez les enfants autochtones est susceptible de contribuer à la stigmatisation de cette population. - La sous-estimation des difficultés et retards liés au développement chez les enfants autochtones fait en sorte que certains enfants qui auraient pu bénéficier d'une intervention précoce en seront privés.	Élevée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 0/5 documents 1/5 étude réalisée au Québec et 2/5 au Canada - Les études australiennes (2/5) montrent des différences entre les régions urbaines et les régions éloignées, similaires à celles observées au Canada. - Québec (1); Canada (2); Australie (2)	Modérée

Adaptation culturelle des outils de dépistage aux enfants et jeunes autochtones (constat 8)

Tableau G.4 Tableau d'extraction

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
[Ball, 2008] Article sc. quali.	ASQ	4-60 mois Report summariz es findings of a project undertake n to explore steps towards the culturally appropriat e implement ation of the ASQ in Aboriginal Head Start (AHS) Programs delivered by the Public Health Agency of Canada in BC.	Consultation, with: (1) BC AHS Coordinators; (2) representative s of the BC Aboriginal Infant Development Program (AIDP); (3) representative s of the BC Aboriginal Supported Child Development Program. Autochtone (Canada)	- Though doubts about the cultural suitability of the tool do not appear to be widespread, expressions of concern need to be investigated to inform decisions about investments in program-wide adoption of this tool. Respect for stakeholder preferences is particularly important in Aboriginal Head Start (AHS) in light of the history of harm done to Aboriginal children and families through the misuse of standardized procedures and attendant disregard for culturally-based understandings about children's development and some children's needs for extra supports. - General consensus among practitioners in programs serving Aboriginal young children and families in BC that the ASQ works well with parents and is culturally appropriate. The consultation and review activities gave no indication of a need for significant changes to the ASQ item content, questionnaire format, reading level, length, or the scoring procedure. - Practitioners participating in the study suggested the following ways of better ensuring culturally sensitive ASQ process: “building positive relationship with parents (or alternative caregivers), using the ASQ in a conversational respectful way to develop shared understandings about a child. making minor adaptations as needed as long as the conceptual intent of items is retained”, and - providing resources to train AECD professionals in 'best practice' related to screening and assessment. - As well, Ball (2008) summarized the benefits of using ASQ to a range of people including children, family, and AECD workers. A sample of these benefits included: - providing a framework for conversation between early childhood professionals and family, - encouraging meaningful observations of children, - providing useful information about child development and an opportunity to notice what child can do, “encouraging positive parenting activities” (p. 19), and - advancing understanding about screening, assessment, and planned intervention (2008). - Ball's (2008) report also suggests action for future development of ASQ to create a stronger cultural context. Some of the ideas were to explore relationships with The University of Oregon ASQ team and the Kahnawake Mohawk Child and Family Centre in Quebec. Eventually they envisioned that by working with other communities across the country it might be possible to develop a, “kind of Pan-Aboriginal ASQ for use in programs serving Aboriginal children throughout Canada” (p. 21). - Recommendations for implementing the ASQ II in BCs AHS program in order to ensure good practice include: Ongoing investments in training to ensure that practitioners are focused on strengthening parents confidence and parenting skills, and introducing the ASQ as a constructive tool rather than as an evaluative or guiding force.	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
				2. Developmental training that enhances practitioners' grasp of the conceptual intent of items so that minor modifications to ensure relevance to local family and community settings are made. 3. Assessment of the ecology of services to support children identified as needing a referral and extra supports, to ensure that there is real benefit to children and families as a result of using the ASQ as a screener. 4. Development and support for Canadian capacity, including a training DVD set in an AHS program context, to deliver training in use of the ASQ that is informed by the socio-cultural, jurisdictional and legislative context of BC and that provides Aboriginal role models and advisors for ongoing development of BCs AHS programs. - Nearly all developmental monitoring, screening and assessment tools, norms, and cut-off criteria have been developed through research involving samples of children with limited cultural variability. The items that make up the tools have been informed by research and theory created in the dominant culture, reflecting values and assumptions that inform dominant cultural conceptualizations of what it means to be healthy and developmentally 'on track.' - Understandably, there are a number of questions that need to be answered and issues that must be addressed in decisions about whether and what tools to use with Aboriginal children, and how to ensure culturally safe and conceptual validity in the ways that tools are administered, scored and used in Aboriginal community programs. It is important to discover whether practitioners who work closely with Aboriginal infants, children and families in BC experience the ASQ as culturally appropriate, conceptually valid, and practically useful in Aboriginal community programs and would recommend its adoption on a programmatic or policy level. - FINDING: In summary, consultation sessions with BC AHS Coordinators and representatives of other Aboriginal programs in BC bring clearly into focus: - the general consensus that the ASQ works well with parents and is culturally appropriate; - the critical role of a well-conceived, resourced, and delivered program of ongoing training for front-line practitioners to use the ASQ with parents (or other primary caregivers); - the need to consider the larger ecology in which the ASQ is being used, in terms of parents' readiness for various uses of the ASQ, and the availability of various kinds of supports for children who are identified by the ASQ as needing extra supports. - Kahnawake Mohawk Child and Family Centre in Quebec includes a Step-by-Step program that the director, Nancy Rother and assistant Rose Ann Beauvais, describe as "essentially an Aboriginal Head Start Program." The Centre has been using the ASQ, translated into French, for some time, and have found that is culturally appropriate. They noted that there are two items that do not fit their on-reserve, cultural context; namely, asking children their address, and asking if they know their middle names. Beyond these, this group strongly supports the way the ASQ is currently constructed. - The need for training practitioners to ensure culturally safe and sensitive practice when using mainstream tools.	

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
[D'Aprano <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quali.	Adaptati on ASQ- 3 (ASQ- TRAK)	1 mois- 5,5 ans	Aboriginal children living in 2 very remote communities 18 parents 14 health care workers, early childhood specialists, and Aboriginal community experts Autochtone (Australie)	- Informants reported that being asked about a child's ability to perform certain tasks was a concept that many Aboriginal parents would find foreign. However, explaining the purpose of the questions adequately engage the parent and they would be more confident to participate. Therefore, in addition to the introduction at the beginning of the questionnaire, each of the five areas had an explanation added about what the questions in that area were examining. - Informants were concerned about the length of the ASQ-3 : too much information and it won't interest me because too much words and you know, no pictures there. (Aboriginal key informant) - Informants felt parents would not engage with such a long, wordy instrument, thus the "overall" section was omitted. - Findings confirmed that a systematic and thorough adaptation of the ASQ-3 was necessary, as many items were identified as being culturally inappropriate or irrelevant for a remote Australian Aboriginal population. - Practitioners should not only administer the questionnaire by interview but also encourage the child to demonstrate the skill rather than relying on parent report alone - Cross-cultural adaptation of existing assessments is often necessary in remote and diverse communities. Although the process can be intensive and time-consuming, optimal child development will likely not occur unless culturally appropriate early identification and intervention processes are in place. - The modifications made to the ASQ-3 needed to be suitable and relevant for Aboriginal families from geographically diverse communities. - A "decentering" process was adopted wherein all versions were deemed equally important. "Decentering" is a way of avoiding one culture being the "center" or dominant culture. The importance of this step was recognized by informants and references to items specific to the coastal community (that were initially added) were removed and more general items that would be found in all remote Australian Aboriginal communities were included. For example, "seeds" were used instead of "shells," and "dog" replaced "crocodile." This process resulted in a more widely applicable adaptation, transferable to more remote communities, and is an important point for others doing cultural adaptations. Procédure pour l'adaptation de l'ASQ-3 aux communautés aborigènes nordiques - Ententes avec les communautés sur l'objectif du projet - Consultations et entrevues avec des experts linguistique, culturel, et en développement des enfants pour s'assurer de l'équivalence sémantique (sens), opérationnelle (format, instructions, mode d'administration) et langagière de l'ASQ, et avec les membres de la communauté pour s'assurer de la pertinence et l'acceptabilité de chaque item (<i>item equivalence</i>). Version finale dans la langue maternelle et en anglais - Consultations avec les auteurs de l'ASQ-3 pour s'assurer que la version modifiée conserve le sens de la version d'origine - Illustration de l'ASQ par un artiste local : le questionnaire illustré avec images réduites en noir et blanc et production d'un cahier pour les parents, avec illustrations en couleurs de chaque item sur une page, et administration par entrevue pour favoriser la discussion portant sur l'enfant	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
				• Traduction et équivalence langagière basée sur une approche de consensus d'experts (auprès d'autochtones et d'anglophones et de consultants bilingues et bi-culturels) • Phase d'expérimentation et de révision de l'ASQ-TRACK Modifications apportées à l'ASQ : • retrait de la section « overall » • ajout au début de chaque section d'une explication sur la compétence développementale (ex. : communication = how your child listens, talks, and how he lets us know what he's thinking) • modifications de mots et opérationnalisation de plusieurs items (exemples fournis dans l'article) • présentation en anglais et dans la langue maternelle • ajout d'illustrations culturellement appropriées pour chaque item et questionnaires ; une page par item remis aux parents • administration sous forme d'entrevue • ajout d'un « tool kit » pour démontrer les compétences 4 thèmes émergent des consultations sur le processus d'adaptation de l'ASQ : • Engagement des communautés dans le projet • Engagement des donneurs de soins (parents et proches) • Respect de la culture • « Empowering » des donneurs de soins Résultats des entrevues suivant l'administration de l'ASQ-TRACK à 24 dyades parents/enfants et AHW indiquent que ASQ-Track culturellement approprié et utile (plusieurs exemples et verbatims dans le texte). • AHWs reported presenting the tool in both English and the local Aboriginal language aided their understanding of the questions and made their job "much easier." This design also promoted parents' literacy of both English and the Aboriginal language. • The use of a valid tool that had been adapted was considered "trustworthy" and AHWs felt confident using it with their community. • L'inclusion d'un « tool kit » pour démonstration des compétences vue par les AHW comme une valeur ajoutée. • Tous s'entendent pour dire que les illustrations culturellement adaptées facilitent la communication et l'administration de l'outil.	
[Dionne <i>et al.</i> , 2014]	ASQ-2	9-66 mois	Validation et adaptation ASQ auprès	• modifications mineures au visuel (ajout de logo et graphiques représentant la communauté), à la formulation de quelques questions (équivalence sémantique) et consignes (équivalence opérationnelle)	Faible (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
Article sc. devis mixte			communauté Mohawk 394 évaluations auprès de parents- éducateurs Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	<u>Données qualitatives (focus group)</u> Acceptabilité : - Parents rapportent outil amusant, facile à compléter et utile (bonne acceptabilité). Compréhension : - Several Mohawk parents mentioned having difficulties discriminating between “sometimes” and “yes” response options. - They also suggested adding visual supports (drawings), and providing examples of strategies that would help their child complete the activities targeted on the questionnaires. - They also felt that it is important for parents to understand that it is normal for a child to be unable to accomplish all items on the questionnaire and that it is important not to focus on mistakes or “wrong” answers. - Parents suggested creating a strategy sheet to show them how to perform or stage the activities. Modifications apportées à la suite de la rétroaction des parents (rapportées dans la section « Résultats ») : ajout d'un dessin pour illustrer Q48 et Q54 (colorer à l'intérieur des lignes) - Q36 Q42 : change les consignes de cotation pour la question « Quel est ton nom » puisque selon la culture Mohawk, il est commun d'utiliser seulement son prénom Mohawk - les adresses civiques ne sont pas utilisées dans les communautés. Les gens fournissent des descriptions de l'endroit où ils vivent. « As a result, adaptations may be required so that ASQ items are more reflective and congruent with the cultural practices and logistic realities of this and other particular populations - parfois, plusieurs essais nécessaires pour encourager l'enfant à faire une activité peu habituelle pour lui. - caregivers suggest to create a strategy sheet to show how to perform or stage the activities - les parents rapportent qu'ils avaient en leur possession la plupart des objets requis pour le test, à l'exception des ciseaux pour enfants et suggèrent de fournir des stratégies de stimulation pour les parents qui en ont besoin et de fournir des idées pour du matériel substitut.	
[Thomas <i>et al.</i> , 2010] Article sc. quanti.	Strong Souls	13-19 ans	361 adolescents participant à l'étude longitudinale Aboriginal Birth Cohort Study	Procédure adaptation - Chaque item sélectionné à partir items tirés d'outils existants, puis retiré ou modifié suite processus de consultation auprès parties prenantes pour en assurer pertinence culturelle - Nom Strong Souls in recognition that the concept of « soul » encompasses a person's physical, emotional, social and spiritual being - Outil piloté auprès 67 jeunes pour évaluer la validité culturelle et apparente - Validité de construit testée par la suite auprès de 361 jeunes : administration individuelle, oralement, avec interprète au besoin	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
			Autochtone (Australie)	Les résultats de l'analyse factorielle confirment la présence des 4 dimensions : anxiété, résilience, dépression et risque suicidaire. - 2 différences culturelles spécifiques aux autochtones : sentiment de tristesse et mauvaise humeur associés avec la dimension « anxiété » mais pas avec la dimension « dépression », alors que l'expression de la colère a été identifiée comme un symptôme de dépression - modèle à 25 items explique 34,5 % de la variance, répartie entre les 4 facteurs - Bonne cohérence interne (.70), coefficients cohérence interne similaire à ceux rapportés pour le SDQ • Strong Souls demonstrated validity, reliability and cultural appropriateness as a tool for screening for SEWB among Indigenous young people in the Northern Territory.	
[Vancouver Island University BC Regional Innovation Chair for Aboriginal Early Childhood Development, 2013] Texte d'opinion	N/A	0-5 ans	Research and professional publications related to child development screening and assessment Report provides an overview of articles related to child development screening and assessment Autochtone (Canada)	• Nikipota (2009) stresses that the cultural perspectives of the family and community with whom and within which the child lives is essential to understanding information collected in the assessment process. She provides some examples of how culture influences the way families may perceive behaviours such as: - o different attitudes about parenting and child-rearing such as sleeping arrangements, dependence and independence, and autonomy, - o different ideas about intelligence and language development, - o different ideas about appropriate roles of family members and concepts such as duty and obligation, - o different concepts of the relationship between parent and child and how that relationship changes as children grow and develop, and - o different attitudes about the importance of a child's relationship with his/her peers (Nikipota 2009). • Nikipota (2009) acknowledges that, "...using indices of measurement of behaviour or disorder developed for one cultural context in another may perpetuate the existence of a category fallacy" (p. 203). • In addition to modifying existing tools to assess individuals from other cultural groups, Nikipota (2009) suggested combining standardized questionnaires with interviews. Interviews allow the clinician/researcher to mediate the information gathered in the assessment process. • Conclusion du texte : However, because of the historical, cultural, and linguistic experience of Aboriginal children and their families, the cultural relevance of the tools and methods and the involvement of child, family and community in the assessment processes were viewed as even more essential to address the implications of cultural and community realities on child development. Additionally, the knowledge, skill and cultural competence of the assessor and her/his ability to use multiple approaches reflective of multiple developmental domains were suggested to be critical in the AECD setting. Seven categories are identified. These categories are intended to reflect and summarize the key themes relevant to effective screening and assessment extracted from the discussion across all of the documents reviewed with particular emphasis on those relevant to AECD.	Modérée

Articles - population générale																			
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho														
				7 categories : <table><tr><th>Linguistic Relevance</th><th>Child-Focused</th><th>Cultural Relevance and Sensitivity</th><th>Developmental Appropriateness</th></tr><tr><td> - Ensuring the language used is relevant and easy to comprehend. (This varies across developmental stages and is influenced by the family's first language and cultural context.) - Language used in interpreting data will influence the way it is received and understood. </td><td> - Ensuring assessment environments are familiar, safe and comfortable. - Ensuring a strength-based approach is used (that is, focus on what children know and can do rather than what they do not know or are unable to do). - Ensuring that assessment is a process that empowers and builds self-esteem and confidence. </td><td> - Ensuring that the tool used for assessment is reflective and respectful of the child's culture (values, customs, traditions) and ethnicity. - The analysis of the assessment data considers contextual factors and is responsive to parent and family input at each stage. - Families inform what is measured and what is done once information is collected. </td><td> - Ensuring that the tool used for assessment is reflective of the age and stage of child development. - Ensuring that the tool used reflects a holistic framework – that is, social, emotional, cognitive, physical and spiritual aspects of development are all considered. - Available and appropriate resources for family and ECD practitioners. </td></tr></table> <table><tr><th>Competence of Assessors</th><th>Assessment Approaches</th><th>Parent, Family, Community Involvement</th></tr><tr><td> - Assessor is well trained, culturally sensitive, and culturally competent. - Assessor is able to judge the suitability of the tool for the assessment they wish to undertake. - Assessor is committed to an ongoing and multi-approach process rather than an 'isolated' assessment event. - Assessor is skilled at engaging children, families, community, other co-workers, and other professionals in the assessment process. </td><td> - Assessment tools are reliable and valid (determined through a psychometric evaluation). - Assessment approaches comprise multiple developmental domains. - Assessment tools are viewed as only one aspect of an overall assessment process. - Multiple approaches are used to ensure the child's development is considered holistically and over time. </td><td> - Inclusion and involvement of parents, families, guardians, teachers, Elders, and community members throughout the assessment process – that is, before, during and after assessment. - Providing families with information about screening and assessment – what it is and why it is important. - Child development is considered in an ecological context: the family, community and culture are seen as interactive developmental influences and therefore essential to gathering and understanding assessment data. </td></tr></table>	Linguistic Relevance	Child-Focused	Cultural Relevance and Sensitivity	Developmental Appropriateness	- Ensuring the language used is relevant and easy to comprehend. (This varies across developmental stages and is influenced by the family's first language and cultural context.) - Language used in interpreting data will influence the way it is received and understood.	- Ensuring assessment environments are familiar, safe and comfortable. - Ensuring a strength-based approach is used (that is, focus on what children know and can do rather than what they do not know or are unable to do). - Ensuring that assessment is a process that empowers and builds self-esteem and confidence.	- Ensuring that the tool used for assessment is reflective and respectful of the child's culture (values, customs, traditions) and ethnicity. - The analysis of the assessment data considers contextual factors and is responsive to parent and family input at each stage. - Families inform what is measured and what is done once information is collected.	- Ensuring that the tool used for assessment is reflective of the age and stage of child development. - Ensuring that the tool used reflects a holistic framework – that is, social, emotional, cognitive, physical and spiritual aspects of development are all considered. - Available and appropriate resources for family and ECD practitioners.	Competence of Assessors	Assessment Approaches	Parent, Family, Community Involvement	- Assessor is well trained, culturally sensitive, and culturally competent. - Assessor is able to judge the suitability of the tool for the assessment they wish to undertake. - Assessor is committed to an ongoing and multi-approach process rather than an 'isolated' assessment event. - Assessor is skilled at engaging children, families, community, other co-workers, and other professionals in the assessment process.	- Assessment tools are reliable and valid (determined through a psychometric evaluation). - Assessment approaches comprise multiple developmental domains. - Assessment tools are viewed as only one aspect of an overall assessment process. - Multiple approaches are used to ensure the child's development is considered holistically and over time.	- Inclusion and involvement of parents, families, guardians, teachers, Elders, and community members throughout the assessment process – that is, before, during and after assessment. - Providing families with information about screening and assessment – what it is and why it is important. - Child development is considered in an ecological context: the family, community and culture are seen as interactive developmental influences and therefore essential to gathering and understanding assessment data.	
Linguistic Relevance	Child-Focused	Cultural Relevance and Sensitivity	Developmental Appropriateness																
- Ensuring the language used is relevant and easy to comprehend. (This varies across developmental stages and is influenced by the family's first language and cultural context.) - Language used in interpreting data will influence the way it is received and understood.	- Ensuring assessment environments are familiar, safe and comfortable. - Ensuring a strength-based approach is used (that is, focus on what children know and can do rather than what they do not know or are unable to do). - Ensuring that assessment is a process that empowers and builds self-esteem and confidence.	- Ensuring that the tool used for assessment is reflective and respectful of the child's culture (values, customs, traditions) and ethnicity. - The analysis of the assessment data considers contextual factors and is responsive to parent and family input at each stage. - Families inform what is measured and what is done once information is collected.	- Ensuring that the tool used for assessment is reflective of the age and stage of child development. - Ensuring that the tool used reflects a holistic framework – that is, social, emotional, cognitive, physical and spiritual aspects of development are all considered. - Available and appropriate resources for family and ECD practitioners.																
Competence of Assessors	Assessment Approaches	Parent, Family, Community Involvement																	
- Assessor is well trained, culturally sensitive, and culturally competent. - Assessor is able to judge the suitability of the tool for the assessment they wish to undertake. - Assessor is committed to an ongoing and multi-approach process rather than an 'isolated' assessment event. - Assessor is skilled at engaging children, families, community, other co-workers, and other professionals in the assessment process.	- Assessment tools are reliable and valid (determined through a psychometric evaluation). - Assessment approaches comprise multiple developmental domains. - Assessment tools are viewed as only one aspect of an overall assessment process. - Multiple approaches are used to ensure the child's development is considered holistically and over time.	- Inclusion and involvement of parents, families, guardians, teachers, Elders, and community members throughout the assessment process – that is, before, during and after assessment. - Providing families with information about screening and assessment – what it is and why it is important. - Child development is considered in an ecological context: the family, community and culture are seen as interactive developmental influences and therefore essential to gathering and understanding assessment data.																	

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
[Williamson <i>et al.</i> , 2010] Article sc. quali.	SDQ	4-17 ans	Aboriginal parents (n = 15) Aboriginal research assistants and youth workers (n = 32) Autochtone (Australie)	- Participants reported that the use of a questionnaire as opposed to a general conversation or interview was deemed culturally inappropriate and problematic for those with literacy issues. Participants felt strongly that where psychological tests are used, clinicians or researchers should administer the questionnaire interview style. Many participants raised concerns about the appropriateness of asking Aboriginal parents or young people to answer what was perceived to be a long list of questions, particularly in a mental health setting. Many participants stated that families wanted the opportunity to tell their stories and were likely to be frustrated by being asked to communicate in such a structured format. - Participants felt that many important aspects of children's behavior and emotions were not covered by the SDQ. The majority of these factors concerned things which impact strongly on mental health: connection to or relationship with extended family, Aboriginal identity, feeling that you are accepted by and belong to an Aboriginal community, and the impact and experience of racism. One factor concerned appropriate behaviour amongst Aboriginal children, namely demonstrating appropriate levels of respect for elders. Other issues mentioned as important which are not covered by the SDQ included: sleeping problems, anger, changes in eating habits, displays of affection and cruelty to animals. - Participants recommended the re-wording of several questions and response scales, for example to enhance cultural clarity, although no questions were considered offensive. - Most participants initially felt that the SDQ was too long; however, after going through each question all of the groups felt that the questions asked were important and most had suggestions for additional items/issues to add. - After the initial read through, some participants were worried that a response of 'certainly true' for any question indicated that a child had mental health problems. They were thus much more comfortable with the tool after the more detailed explanation of how it is used and scored had been explained. - Overall the SDQ was felt to be acceptable; - In keeping with this, workers who have used the SDQ with families reported having routinely had to explain the meaning of some questions as well as the response scale. - The peer relationships subscale did not appear to be a good fit for Aboriginal families in Sydney as the exclusive focus on peers was not compatible with participants' views regarding the relative importance of different interpersonal relationships. Indeed, while relationships with peers were seen as important, so were relationships with adults and with the Aboriginal community in general. Relationships with family members meanwhile were considered much more important than any of these and were mentioned frequently.	Modérée
[Williamson <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	SDQ TDS	4-17 ans	Parents of 717 Aboriginal children Urban communities Autochtone	- The alpha for the SDQ TDS was 0.85 indicating good internal consistency. The value of Cronbach's alpha for four of the factors (emotional symptoms $\alpha = 0.70$, conduct problems $\alpha = 0.78$, hyperactivity $\alpha = 0.79$, and prosocial $\alpha = 0.78$) was acceptable, but the value for the peer problems domain was very low ($\alpha = 0.47$). An alpha value greater than 0.7 is considered acceptable. - The fact that three of the four items in the SDQ that were found to have unacceptably low factor loading in our sample were part of the peer relationships subscale (solitary, bullied, and best with adults)	Élevée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon	Résultats	Qualité métho
			(Australie)	provides further evidence that the peer relationship scale may not be a good fit for Aboriginal children living in urban communities in New South Wales. - SDQ is likely to be a useful screening tool for clinicians/researchers working with Aboriginal young people. As such, we suggest that clinicians continue to employ the SDQ TDS as a useful screening tool for the presence of any psychiatric disorder as has recently been recommended for all general population samples - SDQ is a promising tool for urban Aboriginal children in New South Wales	
[Young <i>et al.</i> , 2015] Article sc. quanti.	ACHWB	7-19 ans (M=14,6)	Jeunes – Wiikwemkoong (communauté Premières Nations) Autochtone (Ontario)	Non-équivalence conceptuelle outil autochtone et population générale : - élaboration du questionnaire motivée par l'absence d'outil qui capture le concept Anishinaabek de la santé, basé sur la roue de la médecine : santé spirituelle, émotionnelle, physique et mentale - validité de contenu établie avec groupes de discussion réalisés auprès d'experts, de jeunes et de leaders de communautés - validité de construit : résultat démontre que échelle spirituelle non corrélée avec PedsQL, ce qui confirme dimension unique ACHWB. Le fait que cette échelle est reliée aux autres dimensions du ACHWB confirme la conceptualisation holistique des 4 quadrants.	Modérée
[Young <i>et al.</i> , 2017] Article sc. quali.	ACHWM	4 communa- utés (Première s Nations et Inuits) 8 à 18 ans	Entrevues auprès de 23 enfants + 21 professionnels et parties prenantes (travailleurs sociaux, leaders en santé et aînés de la communauté) Autochtone (Ontario)	- Adaptation du ACHWB à 4 communautés autochtones - But de développer une version unique pour plusieurs communautés autochtones - Processus de consultations exhaustif et itératif avec les 4 communautés : - pertinence, compréhension et interprétation de chaque question sont validées par les travailleurs sociaux, les leaders en santé et les aînés de la communauté - administration ACHWB et validation contenu par entrevues détaillées avec 23 jeunes 8-18 ans et 21 parents pour documenter pertinence et acceptabilité Certaine adaptation requise d'une communauté autochtone à l'autre : - Le nom du questionnaire et le logo doivent être spécifiques à chaque communauté (ex. : le logo de la roue de médecine n'est pas pertinent pour les Inuits, de sorte que le questionnaire aurait été vu comme non pertinent pour eux). - Chaque communauté nomme le questionnaire dans sa langue maternelle. - Le concept de « Mother Earth » est un concept central pour la communauté Anishinabe, mais n'est pas reconnu par les Inuits. Ce terme a donc été changé par « the Land », qui est un concept équivalent et acceptable pour toutes les communautés. Des modifications mineures ont été apportées à 23 questions, des modifications majeures à 12 questions, des modifications spécifiques à l'une ou l'autre des communautés sur 9 questions et 4 questions ajoutées pour version finale de 62 questions.	Faible

Tableau G.5 Énoncé de preuve

Selon la littérature consultée, une adaptation culturelle des outils de dépistage aux différentes communautés autochtones serait requise pour en assurer la pertinence culturelle et l'acceptabilité. Cette adaptation devrait aller bien au-delà de l'équivalence langagière. Elle devrait viser à assurer la pertinence des outils et l'équivalence du sens et de la symbolique du contenu, tout autant que l'équivalence opérationnelle, au regard du format, des consignes de passation et du mode d'administration.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau G.6 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	9 documents retenus 8 articles scientifiques [Young <i>et al.</i>, 2017; D'Aprano <i>et al.</i>, 2016; Young <i>et al.</i>, 2015; Dionne <i>et al.</i>, 2014; Williamson <i>et al.</i>, 2014; Thomas <i>et al.</i>, 2010; Williamson <i>et al.</i>, 2010; Ball, 2008] 1 texte d'opinion [Vancouver Island University BC Regional Innovation Chair for Aboriginal Early Childhood Development, 2013] - Qualité méthodologique : faible (4/9); modérée (4/9); élevée (1/9)	Modérée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Toutes les études recensées démontrent : - qu'il existe des différences entre population générale et population autochtone quant à la pertinence, la compréhension, l'opérationnalisation, la conceptualisation et la symbolique des items et dimensions inclus dans les outils de dépistage non autochtones; - que le degré d'adaptation requis varie en fonction du niveau de littératie, des conditions sociodémographiques et du milieu de vie (régions éloignées, rurales ou urbaines, dans ou hors communauté) de la communauté autochtone; - qu'un certain niveau d'adaptation ou de personnalisation est également requis d'une communauté autochtone à l'autre (ex. : roue de médecine et concept de « Mother Earth » non pertinents pour Inuits). - Certains éléments (ex. : ajout d'éléments visuels, exemples, instructions plus détaillées) sont mis en lumière autant dans les études ayant utilisé un processus d'adaptation exhaustif (ex. : [D'Aprano <i>et al.</i>, 2016]) que dans celles ayant opté initialement pour une adaptation minimale [Dionne <i>et al.</i>, 2014].	Très élevée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Aucune donnée n'indique dans quelle mesure l'utilisation d'une version adaptée améliore le dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants autochtones. - Seule la validité de contenu et la validité de construit ont été documentées dans les versions adaptées. Aucune donnée sur la sensibilité ou spécificité des versions adaptées n'a été repérée. - Certains résultats indiquent que l'adaptation de l'outil peut avoir un impact sur la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des outils auprès des communautés autochtones.	Modérée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 0/9 documents 5/9 études réalisées au Québec, en Ontario ou en Colombie-Britannique - Australie (4) ; Canada (4) ; Québec (1)	Modérée

ANNEXE H

Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 9

Étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse à laquelle il serait le plus approprié d'effectuer le dépistage (constat 9)

Tableau H.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Chitsabesan et Khan, 2017] Texte d'opinion	MAYSI-2 SQIFA	Adolescents	Young offenders (Royaume-Uni)	Les auteurs indiquent que l'évaluation devrait être effectuée lors du premier contact avec le système de justice pour mineurs, avec tous les délinquants mineurs et lors de l'évaluation initiale au centre de détention.	Modérée
[Committee on Adolescence, 2011] Lignes directrices	N/A	Adolescents	Youth in juvenile justice system (É.-U.)	The currently published standards do not specifically distinguish between detention centers, which typically involve shorter lengths of stay, and longer-term post-adjudication residential facilities. However, at a minimum, the standards state that all youth should be screened immediately on arrival at the intake facility by qualified health care professionals or health-trained staff to identify and meet urgent health needs and to screen for any potentially contagious conditions or dangerous behaviors such as suicidal ideation. The subsequent length of stay would determine further evaluation.	Faible
[Council on Foster Care et al., 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (É.-U.)	The AAP recommends an initial health screening within 72 hours of placement. However, younger or preverbal children, any child who is a suspected victim of abuse, or any child with a chronic medical or developmental condition should be seen within 24 hours	Modérée
[Szilagyi et al., 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	- In the primary care setting, the pediatrician can administer a validated mental health screening as an initial assessment, but the consensus among experts in foster care health calls for a mental health evaluation within 30 days of placement, ideally by a child mental health professional trained in trauma-informed care. Assessing each child's unique needs at entry to care and beyond is critical. Establishing continuity of care and ensuring a trauma-informed comprehensive and coordinated treatment approach by all professionals involved should be one of the highest priorities for child welfare agencies and pediatricians. - Initial Health Screen: The current AAP health recommendation is that every child and adolescent entering foster care have a health screening within 72 hours of removal (Table 3). Some children should have their initial health screen within 24 hours: children younger than 3 years; any child with a complex chronic health condition or significant developmental delays, on medication, or with an acute illness or infestation; any child with known mental health or behavioral problems; or any child for whom a	Modérée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				more immediate examination for suspected child abuse and neglect is indicated. Occasionally, this initial health visit will occur before or at the time of placement. The purpose of this visit is to identify any urgent medical or mental health needs the child may have and any acute or chronic health conditions of which the foster parent and caseworker should be aware, especially if those conditions affect placement decisions.	

Tableau H.2 Énoncé de preuve

La littérature consultée indique que le dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et adolescents recevant des services en vertu de la protection de la jeunesse peut être réalisé à l'entrée dans les services ou lors des premiers jours suivant le placement.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : INSUFFISANT

Tableau H.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	4 documents retenus 4 documents issus de la littérature grise (4 PJ) 3 lignes directrices [Council on Foster Care <i>et al.</i>, 2015; Szilagyi <i>et al.</i>, 2015; Committee on Adolescence, 2011] 1 texte d'opinion [Chitsabesan et Khan, 2017; Macy <i>et al.</i>, 2014] - Qualité méthodologique : faible (1/4); moyenne (3/4); élevée (0/4)	Modérée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	Les documents issus de la littérature grise pointent vers l'importance du dépistage effectué dans les premiers jours du placement de l'enfant.	Faible
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'interv.	- Aucune étude n'a mesuré directement les effets du dépistage à chacune des étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse. - D'un point de vue clinique, les intervenants et experts considèrent qu'il est important et pertinent de procéder rapidement au dépistage lorsque les enfants sont placés.	Faible
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 4/4 documents - Population d'enfants autochtones dans 0/4 documents - É.-U. (3); Royaume-Uni (1)	Modérée

ANNEXE I

Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 10

Fréquence du dépistage des difficultés et retards liés au développement (constat 10)

Tableau I.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Cao <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quali.	CTES DECA SDQ	0-18 ans	44 child welfare workers + 7 co-located behavioral health clinicians (n = 51) (É.-U.)	- One critical external element that constrained caregiver engagement was the timing of screening. Participants frequently reported that screening was conducted when the child custody was removed from caregivers, so the stressful and emotionally distressing circumstances made it very challenging to gather information from caregivers. In a crisis mode, caregivers tended to consider filling the screening or assessment tools as means of regaining child custody. Workers were very concerned that these stressful and emotional conditions potentially reduced the accuracy of information obtained about children's behavioral health needs - As for recommendations, participants unanimously suggested conducting screening and assessment under less stressful circumstances where caregivers might be less defensive, so it would be more likely that caregivers provide accurate information on their child's behavioral health needs. - Families involved with child welfare were likely to have been in contact with social services providers and been assessed multiple times before, which could lead to fatigue and resistance to repeatedly providing similar information about their child's behavior and experiences. Caregivers questioned the redundancy of screening and assessment, and workers acknowledged that repeated screens and assessments (especially those that include items related to traumatic experiences) could have negatively affected the engagement process.	Modérée
[Center for the Study of Social Policy, 2018] Lignes directrices	N/A	Children	Child welfare (É-U)	- Studies show that for children in foster care, routine developmental screening identifies problems earlier, allowing for timely intervention. - Recommendations for Strengthening Child Welfare Practices around Developmental Screening and Early Intervention for System-Involved Children : (1) Provide routine screening for all young children who come to the attention of child welfare agencies to ensure that all have equal opportunity to receive early care and intervention as needed regardless of their placement or substantiation status.	Faible
[Chitsabesan et Khan, 2017] Texte d'opinion	MAYSI -2 SQIFA	Adolescents	Young offenders (Royaume-Uni)	Les auteurs indiquent que l'évaluation devrait être effectuée lors du premier contact avec le système de justice pour mineurs, avec tous les délinquants mineurs et lors de l'évaluation initiale au centre de détention pour jeunes.	Modérée
[Committee on Adolescence, 2011] Lignes directrices		Adolescents	Youth in juvenile justice system (É-U)	The currently published standards do not specifically distinguish between detention centers, which typically involve shorter lengths of stay, and longer-term post-adjudication residential facilities. However, at a minimum, the standards state that all youth should be screened immediately on arrival at the intake facility by qualified health care professionals or health-trained staff to identify and meet urgent health needs and to screen for any potentially contagious conditions or dangerous behaviors such as suicidal ideation. The subsequent length of stay would determine further evaluation.	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Council on Foster Care <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (É.-U.)	- The AAP recommends an initial health screening within 72 hours of placement. However, younger or preverbal children, any child who is a suspected victim of abuse, or any child with a chronic medical or developmental condition should be seen within 24 hours. Ideally, children should have at least 3 health encounters over the first 3 months of foster care, as they adjust to their new circumstances. This schedule allows the pediatrician to monitor the child's adjustment to placement, to identify emerging needs, and to support the caregiver in helping the child. Thereafter, children in foster care, as children with special health care needs, should be closely monitored. - In a system abundant with transitions and psychosocial stressors, it is recommended that children in foster care be seen monthly during the first 6 months of life, every 3 months from 6 to 24 months of age, and then at a minimum of every 6 months to monitor their health, emotional wellbeing, development, psychosocial stressors, continued adjustment to their foster family, and visitation with birth parents or other relatives. There are some children in stable, long-term foster care placement who are faring well and may not need such close monitoring. However, the default should be close monitoring with exceptions made as indicated based on the needs of the individual child and family. Transitions in placement, changes in visitation, and separation of siblings represent events that indicate a need for even closer monitoring.	Modérée
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA	12-17 ans	111 foster carers Focus group: 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> Clinicians discussed the BAC-A in relation to existing assessment pathways. For example, whether the BAC-A would be of value either as part of or immediately following a referral due to the limited information clinicians felt they typically receive at referral. Clinicians also observed that due to its length, the BAC-A would be ideally suited for regular outcome assessment compared to a longer, more comprehensive assessment tool.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Frogley, 2018] Article sc. devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M=7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5 foster carers + 8 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives – groupes de discussion</u> Some suggested the BAC-C could be used routinely, for example, at the six monthly LAC reviews.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Hodges <i>et al.</i> , 2016]	PEDS	1) 0-5 ans (M=2,3)	Children at the initial foster care health assessment	For the 106 children who received, both an initial and follow-up screen, the sensitivity of the initial screen was 75 % and the specificity was 88 %. The positive predictive value of the initial screen was 84 %, and the negative predictive value was 81 %. When analysis was restricted to those children who had the same respondent complete both screens, there was no statistical differences in sensitivity, specificity,	Modérée

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. quanti.		2) 0-5 ans (M=2,2)	(IFCHA) = évalué max. 5 jours après l'entrée dans les services 1) 124 enfants (avant l'implantati on du PEDS) 2) 167 enfants (après l'implantati on du PEDS) (É.-U.)	positive predictive value, or negative predictive value from those children who had a different respondent complete each screen.	
[Szilagyi <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	- In the primary care setting, the pediatrician can administer a validated mental health screening as an initial assessment,⁶⁵ but the consensus among experts in foster care health calls for a mental health evaluation within 30 days of placement, ideally by a child mental health professional trained in trauma-informed care.⁶² Periodic reassessment of mental health should occur whether the child is in receipt of mental health services (see Recommendations) because of the many uncertainties and transitions that can occur. Assessing each child's unique needs at entry to care and beyond is critical. Establishing continuity of care and ensuring a trauma-informed comprehensive and coordinated treatment approach by all professionals involved should be one of the highest priorities for child welfare agencies and pediatricians.^{104,105} - Initial Health Screen: The current AAP health recommendation is that every child and adolescent entering foster care have a health screening within 72 hours of removal (Table 3). Some children should have their initial health screen within 24 hours: children younger than 3 years; any child with a complex chronic health condition or significant developmental delays, on medication, or with an acute illness or infestation; any child with known mental health or behavioral problems; or any child for whom a more immediate examination for suspected child abuse and neglect is indicated. Occasionally, this initial health visit will occur before or at the time of placement. The purpose of this visit is to identify any urgent medical or mental health needs the child may have and any acute or chronic health conditions of which the foster parent and caseworker should be aware, especially if those conditions affect placement decisions. At a minimum, infants may need to be seen monthly during the first 6 months of life, then every 3 months between the ages 6 and 24 months, whereas children and adolescents may need to be seen every 6 months from age 2 years through adolescence Physically well children older than 2 years might need to be seen only every 6 months, as long as there is appropriate mental health care and no medical, developmental, educational, or behavioral issue requiring closer follow-up.	Modérée

Articles – protection de la jeunesse																	
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho												
				TABLE 7 Recommended Health Care Visits for Children and Adolescents in Foster Care <table><thead><tr><th>Age of Child</th><th>Preventive Pediatric Health Care Visits¹¹¹</th><th>Additional Recommended Monitor</th></tr></thead><tbody><tr><td>Birth–6 mo</td><td>2 wk; 2, 4, and 6 mo</td><td>Ideal to see monthly, especially if born preterm or has c</td></tr><tr><td>6–24 mo</td><td>9, 12, 15, 18, and 24 mo</td><td>21 mo of age to assess behavior and development</td></tr><tr><td>24 mo–21 y</td><td>Every 12 mo</td><td>Ideal to see at least every 6 mo to assess behavioral hea and educational needs and monitor adjustment to fos Children with significant issues in any health area ma</td></tr></tbody></table> Reasons for additional visits for children and adolescents in foster care 1. Foster parent support and education. 2. Need for frequent monitoring for impact of transitions, visitation, and uncertainty, and ongoing adaptation to placemen 3. Address emerging problems, especially behavioral, emotional, developmental, and educational.	Age of Child	Preventive Pediatric Health Care Visits ¹¹¹	Additional Recommended Monitor	Birth–6 mo	2 wk; 2, 4, and 6 mo	Ideal to see monthly, especially if born preterm or has c	6–24 mo	9, 12, 15, 18, and 24 mo	21 mo of age to assess behavior and development	24 mo–21 y	Every 12 mo	Ideal to see at least every 6 mo to assess behavioral hea and educational needs and monitor adjustment to fos Children with significant issues in any health area ma	
Age of Child	Preventive Pediatric Health Care Visits ¹¹¹	Additional Recommended Monitor															
Birth–6 mo	2 wk; 2, 4, and 6 mo	Ideal to see monthly, especially if born preterm or has c															
6–24 mo	9, 12, 15, 18, and 24 mo	21 mo of age to assess behavior and development															
24 mo–21 y	Every 12 mo	Ideal to see at least every 6 mo to assess behavioral hea and educational needs and monitor adjustment to fos Children with significant issues in any health area ma															
[Whyte et Campbell, 2008] Article sc. quali.	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	22 social workers, senior practitioners, senior social workers and principal officers (Irlande)	• All of the focus groups indicated that SDQ screening should be undertaken routinely. • Ongoing SDQ assessment throughout a child's period in care would facilitate earlier identification and intervention to address mental health difficulties, promote resilience and monitor change. • Children identified as having low or no needs, should be re-assessed annually unless difficulties become apparent. • Children identified with some or high needs should be re-assessed every six months or following a period of intervention.	Faible												

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] Lignes directrices	N/A	Enfants et adolescents	Children with mental health problems or children with psychosocial problems Primary care practice (É.-U.)	• 3 recommandations découlant de recension de la littérature et d'opinions d'experts sur le dépistage : - use validated instruments to screen for socio-emotional problems in children 0 to 5 years of age with abnormal developmental screening tests (typically performed at 9 months, 18 months, and 24 or 30 months) or abnormal autism screening test *typically performed at 18 and 24 months); at any time clinician observes poor growth or attachment or symptoms such as excessive crying, clinginess, or fearfulness for developmental stage, or regression to earlier behavior; and at any time family identifies psychosocial concerns. - Use validated instruments to screen all school-aged children (5 years through adolescence for symptoms of mental illness and impaired psychosocial functioning at health maintenance visits; at any time of family disruption, poor school performance, reported behavioral difficulties,	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				recurrent somatic complaints, or involvement of a social service or juvenile justice agency; and when child of family identifies psychosocial concerns.	
[Macy <i>et al.</i> , 2014] Texte d'opinion	N/A	Young children Programme détection précoce « Child Find »	(É.-U.)	Recommandation des auteurs pour améliorer les programmes de détection précoce <i>Child Find</i> : les autorités devraient exiger une détection plus qu'une fois par année	Modérée

Tableau I.2 Énoncé de preuve

La littérature consultée indique que le dépistage des difficultés et retards liés au développement chez les enfants et les jeunes recevant des services en vertu de la LPJ devrait être réalisé de façon périodique et à différents moments clés de la trajectoire de l'enfant dans les services, tels que : lors de la détermination du plan d'intervention ou de sa révision, à la suite d'un changement d'hébergement, d'une séparation de la fratrie ou en présence de préoccupations psychosociales concernant l'enfant ou le jeune. La littérature consultée indique également que la fréquence du dépistage varie en fonction de l'âge de l'enfant et de la présence de difficultés et retards liés au développement préalablement identifiés. La fréquence proposée est : - mensuellement pour les enfants âgés de 0 à 6 mois; - aux 3 mois pour les enfants âgés de 6 à 24 mois; - aux 6 mois pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 21 ans identifiés comme ayant des difficultés et retards liés au développement; - annuellement pour les enfants et les jeunes âgés de 2 à 21 ans identifiés comme ayant peu ou pas de difficultés et retards liés au développement, à moins que des difficultés se manifestent.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau I.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	12 documents retenus 5 articles scientifiques (5 PJ) [Cao <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; Hodges <i>et al.</i>, 2016; Whyte et Campbell, 2008] 7 documents issus de la littérature grise (5 PJ + 2 population générale) 5 lignes directrices [Center for the Study of Social Policy, 2018; Council on Foster Care <i>et al.</i>, 2015; Szilagyi <i>et al.</i>, 2015; Committee on Adolescence, 2011; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] 2 textes d'opinion [Chitsabesan et Khan, 2017; Macy <i>et al.</i>, 2014] - Qualité méthodologique : faible (4/12); moyenne (8/12); élevée (0/12)	MODÉRÉE
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	Les études et les lignes directrices recensées pointent vers l'importance du dépistage périodique des enfants en fonction de leur stade de développement et des circonstances susceptibles de lui nuire.	MODÉRÉE
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Aucune étude n'a mesuré directement l'impact de la fréquence du dépistage sur le taux de dépistage. - D'un point de vue clinique, les intervenants et experts considèrent qu'il est important et pertinent de procéder à un dépistage périodique (minimalement annuellement) chez les enfants recevant des services en protection de l'enfance.	MODÉRÉE
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 10/12 documents - Population d'enfants autochtones dans 0/12 documents - É.-U. (8); Royaume-Uni (3); Irlande (1)	ÉLEVÉE

ANNEXE J

Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 11, 12 et 13

Taux de dépistage en fonction du répondant (constat 11)

Tableau J.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Jee <i>et al.</i> , 2011b] Article sc. quanti.	SDQ	11,0-17,8 ans (M=14,5 ; ÉT = 1,8)	138 dyades parents d'accueil-jeunes (É.-U.)	• Parents d'accueil sign. + susceptibles que les jeunes de rapporter des problèmes de conduite (38 % c. 16 %) et d'avoir un score à l'échelle totale de difficultés se situant dans le niveau clinique (30 % c. 16 %) ($p<.01$). Pas de différence entre parents et jeunes : problèmes émotionnels, inattention-hyperactivité, pairs • Parents d'accueil sign. + susceptibles que les jeunes de rapporter un problème clinique à l'une ou l'autre des sous-échelles du SDQ (57 % c. 41 %) ($p<.01$) • Parmi les dyades parents/jeunes qui étaient en désaccord : - parents d'accueil 11,3 x plus susceptibles de rapporter un problème de conduite que les jeunes (37 dyades en désaccord; $p<.001$) - parents d'accueil 4,5 x plus susceptibles de rapporter un problème d'inattention-hyperactivité que les jeunes (11 dyades en désaccord; $p=.03$) - parents d'accueil 3,4 x plus susceptibles de rapporter un problème émotionnel que les jeunes (35 dyades en désaccord; $p=.001$)	Faible
[Lehmann <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	SDQ	6-12 ans	141 dyades parents d'accueil- professeurs (Norvège)	• Parents d'accueil rapportent un score de difficultés totales moyen (M=14,7 ; ÉT=7,8) sign. > que les professeurs (M=11,9; ÉT=7,2) ($t= 4,8$, $df= 140$, $p<.001$).	Élevée
[Parker <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quanti.	PSC-17	11-17,5 ans (M = 13,7 ; ET = 1,8)	539 children 2090 children and foster parents 458 children, foster parents, and biological parents (É.-U.)	• The percent of youth whose self-report was above clinical criteria was slightly higher than foster parents for the attention subscale (17 vs. 12%) and was less than half the rate of foster parents for the externalizing subscale (7% vs. 16%). • The greatest percent of agreement between youth and foster parents was for the externalizing subscale (84%) and the lowest was for the internalizing subscale (68%). • Biological parents were much more likely to rate the child as above clinical criteria as compared to youth and foster parents, with differences between 10 and 30 percentage points. Biological parents had overall lower rates of agreement with youth. More specifically, their agreement on the PSC-17 subscales and total score ranged from 59 to 76%, compared to foster parents and youth where agreement ranged from 68 to 82%. Rates of agreement between foster parents and biological parents (range 68–82%) were roughly similar to rates of agreement between foster parents and youth (range 64–77%).	Modérée

Articles – protection de la jeunesse																																																																																			
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho																																																																														
				Table 4 Rates of positive screens and inter-rater agreement on PSC-17 subscales from youth, foster parent, and biological parent <table> <tr> <th>Subscale</th><th>Youth n positive (%)</th><th>Foster parent n positive (%)</th><th>Biological parent n positive (%)</th><th>Foster parent-youth n in agreement (%)</th><th>Biological parent-youth n in agreement (%)</th><th>Biological parent n (%)</th></tr> <tr> <td colspan="7">Youth and foster parent completed PSC-17 (n = 2090)</td></tr> <tr> <td>Attention</td><td>344 (17%)</td><td>242 (12%)</td><td>–</td><td>1684 (81%)</td><td>–</td><td>–</td></tr> <tr> <td>Internalizing</td><td>691 (33%)</td><td>670 (32%)</td><td>–</td><td>1413 (68%)</td><td>–</td><td>–</td></tr> <tr> <td>Externalizing</td><td>141 (7%)</td><td>327 (16%)</td><td>–</td><td>1736 (83%)</td><td>–</td><td>–</td></tr> <tr> <td>Total score</td><td>426 (20%)</td><td>461 (22%)</td><td>–</td><td>1539 (74%)</td><td>–</td><td>–</td></tr> <tr> <td colspan="7">Youth, foster parent, and biological parent completed PSC-17 (n = 458)</td></tr> <tr> <td>Attention</td><td>65 (14%)</td><td>41 (9%)</td><td>98 (21%)</td><td>374 (82%)</td><td>349 (76%)</td><td>353 (77%)</td></tr> <tr> <td>Internalizing</td><td>136 (30%)</td><td>141 (31%)</td><td>186 (41%)</td><td>311 (68%)</td><td>272 (59%)</td><td>295 (64%)</td></tr> <tr> <td>Externalizing</td><td>27 (6%)</td><td>75 (16%)</td><td>164 (36%)</td><td>380 (83%)</td><td>299 (65%)</td><td>313 (68%)</td></tr> <tr> <td>Total score</td><td>89 (19%)</td><td>97 (21%)</td><td>189 (41%)</td><td>326 (71%)</td><td>280 (61%)</td><td>296 (65%)</td></tr> </table> n in agreement includes all child-foster parent pairs who both rated <i>either</i> above or below criteria - Moderate convergent validity is evident between youth and foster parent (r range 0.37–0.42) : corrélations parents d'accueil-jeunes toutes sign. p=.01 : attention=.399; internalizing=.417; externalizing=.406; total score=.373 - Moderate convergent validity is apparent between foster parent, biological parent and youth (correlations ranging from 0.21 to 0.44, all sign) - Williams t tests revealed that foster parents were significantly more likely than biological parents to agree with youth ratings on the internalizing (t = 4.09; p < .001; r = 0.19) and externalizing (t = 3.49; p = .001; r = 0.16) subscales, but there were no significant differences between biological parent and foster parent agreement with youth on the attention subscale (t = – 1.74; p = .082; r = 0.08) or the total score (t = – 0.60; p = .549; r = 0.03).	Subscale	Youth n positive (%)	Foster parent n positive (%)	Biological parent n positive (%)	Foster parent-youth n in agreement (%)	Biological parent-youth n in agreement (%)	Biological parent n (%)	Youth and foster parent completed PSC-17 (n = 2090)							Attention	344 (17%)	242 (12%)	–	1684 (81%)	–	–	Internalizing	691 (33%)	670 (32%)	–	1413 (68%)	–	–	Externalizing	141 (7%)	327 (16%)	–	1736 (83%)	–	–	Total score	426 (20%)	461 (22%)	–	1539 (74%)	–	–	Youth, foster parent, and biological parent completed PSC-17 (n = 458)							Attention	65 (14%)	41 (9%)	98 (21%)	374 (82%)	349 (76%)	353 (77%)	Internalizing	136 (30%)	141 (31%)	186 (41%)	311 (68%)	272 (59%)	295 (64%)	Externalizing	27 (6%)	75 (16%)	164 (36%)	380 (83%)	299 (65%)	313 (68%)	Total score	89 (19%)	97 (21%)	189 (41%)	326 (71%)	280 (61%)	296 (65%)		
Subscale	Youth n positive (%)	Foster parent n positive (%)	Biological parent n positive (%)	Foster parent-youth n in agreement (%)	Biological parent-youth n in agreement (%)	Biological parent n (%)																																																																													
Youth and foster parent completed PSC-17 (n = 2090)																																																																																			
Attention	344 (17%)	242 (12%)	–	1684 (81%)	–	–																																																																													
Internalizing	691 (33%)	670 (32%)	–	1413 (68%)	–	–																																																																													
Externalizing	141 (7%)	327 (16%)	–	1736 (83%)	–	–																																																																													
Total score	426 (20%)	461 (22%)	–	1539 (74%)	–	–																																																																													
Youth, foster parent, and biological parent completed PSC-17 (n = 458)																																																																																			
Attention	65 (14%)	41 (9%)	98 (21%)	374 (82%)	349 (76%)	353 (77%)																																																																													
Internalizing	136 (30%)	141 (31%)	186 (41%)	311 (68%)	272 (59%)	295 (64%)																																																																													
Externalizing	27 (6%)	75 (16%)	164 (36%)	380 (83%)	299 (65%)	313 (68%)																																																																													
Total score	89 (19%)	97 (21%)	189 (41%)	326 (71%)	280 (61%)	296 (65%)																																																																													
[Undheim <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quanti.	CBCL TRF	12-19 ans (M gars = 16,5 ; M filles = 16,9)	Comparaison du CBCL (parents d'accueil) / TRF (professeurs) avec entrevue diagnostique (CAPA) (Norvège)	Sensibilité CBCL (parents) c. TRF (professeur) - Problèmes affectifs : .82/.45 - Anxiété : .61/.44 - Problème de conduite : .78/.54 - TDAH : .60/.39 Spécificité CBCL (parents) c. TRF (professeur) - Problèmes affectifs : .50/.72 - Anxiété : .60/.70 - Problème de conduite : .30/.75 - TDAH : .74/.88	Modérée																																																																														

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				Parents d'accueil sont plus aptes à identifier les adolescents présentant un problème clinique que les professeurs (sensibilité plus élevée) sur l'ensemble des sous-échelles, alors que les enseignants sont plus aptes à identifier les adolescents qui ne présentent pas de problème clinique que les parents (spécificité plus élevée) sur l'ensemble des sous-échelles.	
[Whyte et Campbell, 2008] Article sc. quali.	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	76 trios parents d'accueil-enseignants-jeunes (Irlande)	56 % des parents d'accueil, 39 % des enseignants et 30 % des enfants âgés de 11 ans et plus considèrent que l'enfant présente des difficultés dans tous les domaines. 40 % des parents d'accueil, 37 % des enseignants et 9 % des enfants âgés de 11 ans et plus considèrent que ces difficultés sont sévères. 63 % des parents d'accueil, 35 % des enseignants et 45 % des enfants âgés de 11 ans et plus indiquent que les difficultés sont présentes depuis plus d'un an. 33 % des parents d'accueil, 30 % des enseignants et 14 % des enfants ont indiqué que ces difficultés ont un impact significatif sur la vie de l'enfant (score d'impact)	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Dionne <i>et al.</i> , 2014] Article sc. devis mixte	ASQ-2	9-66 mois	394 évaluations auprès de parents-éducateurs Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	<u>Données quantitatives</u> 10 % des enfants obtiennent un score indiquant référence pour une évaluation plus approfondie lorsqu'évalués par parent c. 18 % lorsqu'évalués par éducateur. 15 % de désaccord entre les cotations au-dessous/au-dessus du seuil clinique des parents c. éducateurs ; donc, parents et éducateurs ont généralement un bon ratio d'accord. - Plus haut taux de désaccord se situent dans les sous-échelles communication (environ le tiers ; n=25) et résolution de problèmes (environ le quart, n=18) - It is possible that differences pertaining to expectations in family and preschool settings could influence the interpretation of a successful response to an item (i.e., Q36-C1: When you ask, "What is your name?" does your child say both her first and last names?; Q27-PS : If your child wants something he cannot reach, does he find a chair or box to stand on to reach it?) and/or that many parents were unsure how to rate some of the items "sometime" or "yes".	Faible (quanti) Faible (quali)
[Ebesutani <i>et al.</i> , 2011] Article sc. quanti.	CBCL YSR	7-14 ans (M=10,6 ; ET=1,7)	184 jeunes de 7-10 ans 147 jeunes de 11-14 ans (É.-U.)	- Younger youths' parent-child (7-10 ans) agreement correlation coefficients were nonsignificant ($p>.01$) for nearly all internalizing scales but significant for some externalizing scales. - The older youths (11-14 ans) evidenced significant parent-child correlations on both internalizing and externalizing scales, although primarily among the externalizing scales. (sauf pour problèmes somatiques et problèmes sociaux) - parent-child agreement is worse among younger youth and is greater for externalizing problems	Élevée
[Goodman et	SDQ	11-16 ans	18 224 parents 14 313 enseignants	- Parents évaluent les enfants comme présentant plus de difficultés, comparativement aux professeurs et aux jeunes eux-mêmes. - The odds ratios are greater for parents (1.28) than teachers (1.23) or youth (1.23).	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Goodman, 2009] Article sc. quanti.			7 901 jeunes (Royaume-Uni)		
[Vaz <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quanti.	SDQ	M=11,9 ans (ÉT=0,45)	299 parents et enseignants (Australie)	Teachers noted a higher proportion of students to have conduct problems. Parents on the other hand found a higher percentage of students to have peer, emotional, and hyperactive problems that impacted on the overall functioning of the child.	Modérée

Tableau J.2 Énoncé de preuve

Le nombre d'enfants âgés de 0 à 18 ans chez qui on a dépisté des difficultés et retards liés au développement est généralement plus élevé lorsque l'outil de dépistage est complété par le parent d'accueil, comparativement à un autre répondant (jeune, éducateur ou professeur), et ce, peu importe l'âge de l'enfant ou l'outil de dépistage utilisé.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : ÉLEVÉ

Tableau J.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	9 documents retenus 9 articles scientifiques (5 PJ + 3 population générale + 1 population autochtone) [Parker <i>et al.</i>, 2019; Undheim <i>et al.</i>, 2016; Vaz <i>et al.</i>, 2016; Lehmann <i>et al.</i>, 2014; Ebesutani <i>et al.</i>, 2011; Jee <i>et al.</i>, 2011b; Goodman et Goodman, 2009; Whyte et Campbell, 2008] 2 études au devis suffisamment approprié avec un faible risque de biais - Qualité des études : faible (3/9) ; modérée (4/9) ; élevée (2/9)	ÉLEVÉE
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Études fournissent des résultats généralement cohérents, révélant des taux de dépistage plus élevés, lorsque ce sont les parents d'accueil qui évaluent l'enfant/adolescent, comparativement au dépistage lorsque l'outil est complété par les jeunes eux-mêmes ou par les enseignants. - Une seule étude a comparé les taux de dépistage lorsque le répondant est le parent biologique ou le parent d'accueil. Les parents biologiques sont plus susceptibles de situer leur enfant au-dessus du seuil clinique,	MODÉRÉE

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
	comparativement aux jeunes et aux parents d'accueil, avec des différences de pourcentage entre 10 % et 30 %, selon les échelles du PSC-17 [Parker <i>et al.</i>, 2019]. • Corrélations parents/parents d'accueil-jeunes sont généralement non significatives sur les échelles intériorisées, alors qu'elles sont généralement significatives sur les échelles extériorisées. • Divergence [Dionne <i>et al.</i>, 2014] : Une seule étude réalisée auprès d'une population autochtone montre que les éducateurs en centre de la petite enfance décèlent davantage de difficultés que les parents biologiques, à la suite de l'utilisation de l'ASQ. Toutefois, ce résultat peut refléter le fait que les parents autochtones dépistent moins que les éducateurs ou encore que leur conception du développement diffère de celle des éducateurs non autochtones. • Divergence [Parker <i>et al.</i>, 2019] : Une étude indique que le taux de dépistage à l'échelle d'attention est plus élevé lorsque le répondant est le jeune (17 %) que lorsqu'il s'agit du parent d'accueil (12 %). Divergence expliquée par le fait que les comportements d'attention peuvent ne pas être observés par le parent d'accueil.	
Impact clinique/organisationnel/sociétal • Importance clinique/organisationnelle/sociétale de l'effet • Atteinte des objectifs d'intervention	• Les parents d'accueil qui complètent le CBCL sont plus aptes à identifier les adolescents présentant un problème clinique que les enseignants qui complètent le même outil (sensibilité de 0,82 pour les parents, alors qu'elle est de 0,45 pour les enseignants) [Undheim <i>et al.</i>, 2016]. • Les différences dans les taux de dépistage entre les parents d'accueil et les jeunes sont de 9 % et 31 % plus élevées lorsque le répondant est le parent d'accueil. • Les différences dans les taux de dépistage entre les parents d'accueil et les professeurs sont de 3 % à 18 % plus élevées pour les parents d'accueil [Whyte et Campbell, 2008]. • Parker <i>et al.</i> [2019] rapportent une plus grande convergence entre les jeunes et les parents d'accueil sur les sous-échelles de problèmes extériorisés (84 %) que sur celles portant sur les problèmes intériorisés (68 %).	ÉLEVÉE
Généralisation des résultats • Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	• Population d'enfants en protection de l'enfance dans 5/9 documents • Population d'enfants autochtones dans 1/9 documents • Contexte d'utilisation d'outils d'évaluation similaires à celui observé au Québec dans la plupart des études • É.-U. (3); Norvège (2) ; Royaume-Uni (1) ; Irlande (1) ; Australie (1) ; Québec (1)	ÉLEVÉE

Avantages pour le parent biologique ou le parent d'accueil d'agir à titre de répondant à un outil de dépistage (constat 12)

Tableau J.4 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Cao <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quali.	CTES DECA SDQ	0-18 ans	44 child welfare workers + 7 co-located behavioral health clinicians (n = 51) (É.-U.)	- Focus group participants consistently stressed the importance of caregiver engagement in screening and assessing children's behavioral health needs, in that obtaining accurate information on children's behavior, functioning, and experiences depended upon the level of caregiver engagement. - Workers shared a lack of cooperation from caregivers in reporting or accurately reporting child exposure to traumatic events and behavioral health symptoms. This reported lack of cooperation on the part of caregivers negatively influenced the perceived accuracy and adequacy of screening and assessment results. - Workers more frequently described cases where they perceived that caregivers might not have provided accurate information about their situations and child behavioral health issues. - Likewise, caregivers' own mental health conditions shape how workers engage parents in the screening and assessment processes as well as whether and how parents responded to the items. Serious mental health conditions could lead to impairment, and as a result, some parents may not be able to respond. - However, most workers emphasized that although caregiver reporting might not be accurate, it was still helpful to have some information about the child, especially for ongoing workers who would continue working with the family.	Modérée
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group : 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - Foster carers thought the BAC-A could be used to "highlight" or "flag up" (Sarah) difficulty whereas clinicians discussed how the BAC-A could "raise the profile of trauma" (C9) within teams - Moreover one group discussed how the questionnaire could also "guide parents or carers to thinking reflectively or mindfully about the behaviours." (C3). As C1 commented in the first focus group: "as a member of staff who's not terribly experienced in trauma work, actually that would make quite a good list of things that I want to be exploring and considering when assessing within a clinical environment rather than necessarily just providing that to a carer."	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Frogley, 2018] Article scientifique, devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M=7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5 foster carers + 8 clinicians	<u>Données qualitatives – groupes de discussion</u> - One participant reported that seeing behaviours that were reflective of her experience was 'reassuring' and 'comforting'. Laura: "...it is reassuring in a way, when you see those behaviours written down. And you know there are reasons for them". - Clinicians gave many examples of using the BAC-C to talk to the foster carers about their answers on the questionnaire. Some talked about this in a positive light such as using the BAC-C as a 'discussion tool', a 'prompt' or a 'semi-structured approach' to gathering further information	Élevée (quanti) Modérée (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			(Royaume-Uni)	- Clinicians largely agreed that the BAC-C covered issues pertinent to this clinical group and two professionals suggested that seeing behaviours on the BACC would not only be validating for foster carers, but could potentially foster greater empathy for the child. - Clinicians questioned whether the items on the BAC-C (...) would require the foster carer to know a lot about the 'internal world' of the child.	
[Parker <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quanti.	PSC-17	11-17,5 ans (M = 13,7 ; ET = 1,8)	539 children 2090 children and foster parents 458 children, foster parents, and biological parents (É.-U.)	There are multiple possible secondary outcomes of screening beyond simply supporting linking a youth to mental health services when needs are indicated. These include increasing caregiver knowledge of mental health symptoms, thus providing an opportunity for child welfare professionals to support caregivers; and supporting a trauma-informed system more generally.	Modérée
[Szilagyi <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	At the end of each health encounter, the pediatrician, in addition to rendering all appropriate treatment, can offer appropriate trauma-informed anticipatory guidance (...)	Modérée
[Whyte et Campbell, 2008] Article sc. quali.	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	22 social workers, senior practitioners, senior social workers and principal officers (Irlande)	- Practitioners shared how completing SDQs had enabled carers, teachers and young people to say how things really were for them, in a number of cases for the first time. Some practitioners described being shocked that a number showed significant difficulties previously not shared with them. In subsequent exploration with respondents, they discovered that, in many cases, problems had been hidden as those involved sought to cope alone with ever-increasing difficulties. Carers expressed relief that difficulties were finally out in the open. In considering this further, practitioners agreed that SDQs, in focusing on specific issues relating to a child's difficulties and strengths, enabled/required respondents to give a realistic response. A number of social workers commented that in subsequent exploration with some carers and young people "they [SDQs] opened my eyes to what was going on and in fact I found they [i.e. respondents] maybe understated the difficulties" when completing their SDQs. Another practitioner stated, in following up an SDQ Assessment Report, "the SDQ really opened up the carers to talk about significant difficulties with foster children hoarding food and the significant impact it was having on their whole family". - One participant commented: The scores that came out from the carers weren't a surprise, there were issues that they had already shared but this was almost a confirmation that there was something wrong here ... for one set of carers, they saw the SDQ assessment as validating what they had been experiencing all along. - With regard to foster carer SDQs, participants again highlighted their usefulness. "It gave a more holistic picture of a child's functioning". Many participants reflected that the focus in statutory visits "is more often on the placement and contact issues and less on the child's emotional	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				and mental well being and the impact this has on others as well as the child'' . Other workers concurred and indicated that they are now putting into place particular supports for those with high impact scores.	
[Wright <i>et al.</i> , 2019] Article scientifique, devis mixte	SDQ	Looked-after children referred to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) 4-17 ans	144 enfants Focus group : 9 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> • Carers and professionals might overreport on the SDQ in order to gain access to the service.	Modérée (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Ball, 2008] Article sc. quali.	ASQ	4-60 mois Report summarizes findings of a project undertaken to explore steps towards the culturally appropriate implementation of the ASQ in Aboriginal Head Start (AHS) Programs delivered by the Public Health Agency of Canada in BC.	Consultation conducted by phone, email and face-to-face, with: (1) BC AHS Coordinators; (2) representatives of the BC Aboriginal Infant Development Program (AIDP); (3) representatives of the BC Aboriginal Supported Child Development Program. Autochtone (Canada)	Benefits of ASQ (from consultations): • Structuring conversations between parents and practitioners about the child • Education about normative expectations for children's development • Promoting interest in what the child can do • Prompting parents' and practitioners' mindful observations of the child • Encouraging positive parenting activities • Growing knowledge about Aboriginal children's developmental strengths and challenges • Screening for assessment and need for early intervention	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Borg <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quant.	SDQ	4-9 ans	1546 parents 1286 éducateurs + 119 professeurs 156 infirmières (Finlande)	- De 50 % à plus des 2/3 des parents, infirmières et éducateurs/professeurs rapportent que le SDQ augmente la coopération entre le parent et le professionnel. - Plus des ¾ de chacun des groupes de répondants indiquent que le SDQ augmente de façon substantielle les connaissances sur la santé mentale et les habiletés sociales de l'enfant.	Modérée
[D'Aprano <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quali.	ASQ	1 mois-5,5 ans Aboriginal children living in 2 very remote communities	18 parents 14 health care workers, early childhood specialists, and Aboriginal community experts Autochtone (Australie)	- All informants considered the final ASQ- TRAK tool appropriate and acceptable. - Parents described it as "good" and many felt "proud" to see their child's accomplishments. - Parents reported feeling comfortable answering questions about their child's development and many found it interesting. - AHWs described enjoyment of the opportunity to play with the children when using the tool. - Parents reported learning about their child's development through response to the questions	Modérée
[Dionne <i>et al.</i> , 2014] Article sc. devis mixte	ASQ	9-66 mois	394 évaluations auprès de parents- éducateurs Focus group : 8 parents Autochtone (Québec)	<u>Données qualitatives</u> - Parents reported that they felt it helped them to become more aware of their child's abilities. - Developmental screening with the ASQ was generally considered a good idea, and an important one for early intervention, and parents communicated support of its continued use in their child's preschool program. - Users consider the ASQ (...) facilitates discussions with parents.	Faible (quanti) Faible (quali)
[Marks et LaRosa, 2012] Texte d'opinion	N/A	Surtout 0-5 ans	(É.-U.)	Bénéfice du dépistage standardisé: augmente la satisfaction des parents	Modérée
[Squires, 2012]	N/A	Early childhood	(É.-U.)	Les avantages des outils de dépistage sont : discuter du développement de leur enfant ;	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Texte d'opinion				possibilité pour l'intervenant d'offrir des conseils préventifs (anticipatory guidance) sur le développement de l'enfant aux parents.	

Tableau J.5 Énoncé de preuve

Selon la littérature consultée, divers avantages pour le parent biologique ou le parent d'accueil qui agit à titre de répondant à un outil de dépistage ont été identifiés, notamment : - de prendre conscience de l'ensemble des dimensions du développement chez l'enfant; - de générer des sentiments positifs (p. ex. : soulagement, fierté, empathie envers l'enfant ou le jeune); - d'avoir la possibilité d'exprimer ses perceptions concernant les difficultés vécues par l'enfant ou le jeune; - de discuter avec un intervenant afin de préciser ses perceptions; - d'améliorer ses connaissances sur le développement de l'enfant; - de bénéficier de conseils préventifs sur le développement de l'enfant ou d'obtenir le soutien d'un intervenant.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau J.6 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	13 documents retenus 10 articles scientifiques (6 PJ + 1 PJ + 3 population autochtone) [Cao <i>et al.</i>, 2019; Parker <i>et al.</i>, 2019; Wright <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; D'Aprano <i>et al.</i>, 2016; Borg <i>et al.</i>, 2014; Dionne <i>et al.</i>, 2014; Ball, 2008; Whyte et Campbell, 2008] 3 documents issus de la littérature grise (1 PJ + 2 population générale) 1 ligne directrice [Szilagyi <i>et al.</i>, 2015] 2 textes d'opinion [Marks et LaRosa, 2012; Squires, 2012] - Qualité méthodologique : faible (4/13) ; modérée (9/13) ; élevée (0/13)	Modérée
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Résultats des études à devis qualitatif ou mixte convergent avec ceux des études et les documents de littérature grise qui mettent en valeur la présence de divers avantages pour le parent/parent d'accueil à compléter un outil de dépistage. - Ces résultats sont observables, peu importe l'outil de dépistage utilisé ou l'âge de l'enfant.	Modérée

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Les données ne permettent pas de quantifier l'importance des bénéfices rapportés. - D'un point de vue clinique, l'ensemble des répondants s'entendent pour dire que l'administration d'un outil de dépistage peut être une expérience enrichissante, autant pour le parent que pour l'intervenant.	Modérée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 7/13 documents - Population d'enfants autochtones dans 3/13 documents - É.-U. (5) ; Royaume-Uni (3) ; Irlande (1) ; Finlande (1) ; Australie (2) ; Canada (1), Québec (1)	Modérée

Avantages pour le jeune d'agir à titre de répondant à un outil de dépistage (constat 13)

Tableau J.7 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[McCrae et Brown, 2018] Recension des écrits	24 social-emotional screening instruments	0-10 ans	Child welfare (É.-U.)	Developmentally sensitive child welfare work would include input from children who are old enough (Pears & Fisher, 2005). Giving youth a voice in their care helps them to develop a sense of their future and can be empowering (Pears & Fisher, 2005). Most psychological measures that use children's self-reports can safely do so beginning at about age 8 or 9 (Putnam, 1996), but even younger children may report on their feelings and behavior satisfactorily using symbols or play (Putnam, 1996).	Faible
[Szilagyi et al., 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	Ideally, health information should be obtained from both foster and birth parents as well as from the child, when developmentally appropriate. The pediatrician should spend at least a few minutes alone with the verbal child for purposes of obtaining confidential history.	Modérée
[Whyte et Campbell, 2008] Article sc. quali.	SDQ	3-17 ans (ET=4,3)	22 social workers, senior practitioners, senior social workers and principal officers (Irlande)	Practitioners shared how completing SDQs had enabled carers, teachers and young people to say how things really were for them, in a number of cases for the first time. Some practitioners described being shocked that a number showed significant difficulties previously not shared with them. In subsequent exploration with respondents, they discovered that, in many cases, problems had been hidden as those involved sought to cope alone with ever-increasing difficulties. A number of social workers commented that in subsequent exploration with some carers and young people "they [SDQs] opened my eyes to what was going on and in fact I found they [i.e. respondents] maybe understated the difficulties" when completing their SDQs. Another practitioner stated, in following up an SDQ Assessment Report, "the SDQ really opened up the carers to talk about significant difficulties with foster children hoarding food and the significant impact it was having on their whole family".	Faible

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Wright <i>et al.</i> , 2019] Article scientifique, devis mixte	SDQ	Looked-after children referred to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) 4-17 ans	144 enfants Focus group : 9 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - Most clinicians (n = 7) stated that they considered the possibility of underreporting by young people themselves when reviewing the SDQ-S. This may explain the particularly poor performance of the SDQ-S in this study. Is the child underreporting certain concerns or over reporting strengths? For various reasons ... it might be, you know, just wanted to be seen as normal or just want to please the parent or the carer, which is a common dynamic in looked after children, um, or just not knowing whether ... reporting it honestly might lead to something bad for the child. (Clinician 3). - As a result of initial underreporting, some clinicians described how an increase in self-reported SDQ scores over the course of therapy might actually represent positive progress in therapy. This was because clinicians felt that young people might be more willing to report their symptoms honestly as the therapeutic relationship developed.	Modérée (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Bradford et Rickwood, 2012] Recension des écrits	Psychosocial assessment	12-25 ans	89 articles publiés couvrant 31 instruments (Australie)	The introduction of a psychosocial assessment instrument was found to improve engagement between the young person and health professional, thereby improving the clinician's understanding of the young users and their environment, in the studies by Beebe et al, Elliott et al, Silber and Rosenthal, Van Amstel et al, Parker et al, Peake et al, Yi et al.	Faible
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatricians)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	Once the patient is old enough to answer reliably, self-report versions can provide information about feelings not noticed by outside observers, such as those associated with anxiety or depression.	Élevée

Tableau J.8 Énoncé de preuve

Selon la littérature consultée, l'administration d'outils de dépistage présente certains avantages pour le jeune, notamment : • de lui permettre de prendre conscience de l'ensemble de ses comportements; • de s'exprimer sur ses difficultés et ses forces, ce qui augmente son pouvoir d'agir; • de s'ouvrir sur des sujets délicats ou non abordés auparavant; • de faciliter la discussion avec l'intervenant ou son parent biologique/parent d'accueil; • d'augmenter son engagement envers l'intervention.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : FAIBLE

Tableau J.9 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale • Quantité d'études • Qualité méthodologique des études	• 6 documents retenus - 4 articles scientifiques (3 PJ + 1 population générale) [Wright <i>et al.</i>, 2019; McCrae et Brown, 2018; Bradford et Rickwood, 2012; Whyte et Campbell, 2008] - 2 documents issus de la littérature grise (1 PJ + 1 population générale) ▪ 2 lignes directrices [Szilagyi <i>et al.</i>, 2015; Weitzman <i>et al.</i>, 2015] • Qualité méthodologique : faible (4/6), modérée (1/6), élevée (1/6)	Faible
Cohérence • Cohérence de l'effet d'intervention • Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	• Résultats des études à devis qualitatif et mixte convergent entre les études et le document de littérature grise qui mettent en valeur la présence de divers avantages pour le jeune à compléter un outil de dépistage dans le cadre d'un processus clinique. • Ces résultats sont observables, peu importe l'outil de dépistage utilisé, généralement chez les jeunes de 11 ans et plus (une étude indique des avantages pour des enfants à partir de 8 ans).	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social • Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet • Atteinte des objectifs d'intervention	• Les données ne permettent pas de quantifier l'importance des bénéfices rapportés. • D'un point de vue clinique, l'administration d'un outil de dépistage peut être une expérience positive pour le jeune, selon les intervenants et les experts.	Faible
Généralisation des résultats • Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	• Population d'enfants en protection de l'enfance dans 4/6 documents • Population d'enfants autochtones dans 0/6 documents • É.-U. (3); Royaume-Uni (1); Irlande (1); Australie (1)	Élevée

ANNEXE K

Tableau d'extraction, énoncé et gradation de la preuve – constat 14

Avantages et inconvénients liés à la modalité autocomplétée des outils de dépistage (constat 14)

Tableau K.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Committee on Adolescence, 2011] Lignes directrices	N/A	Adolescents	Youth in juvenile justice system (É.-U.)	Possible methods include self-report, which is the least expensive method but requires youth to understand the questions and have accurate recall and honest disclosure.	Faible
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group : 8 foster carers + 9 mental health practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> Clinicians commented that a right-sided scoring scale does not accommodate right-to-left scanning that occurs in reading, potentially problematic for a respondent with dyslexia.	Élevée (quanti) Modérée (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010]	N/A	Enfants et adolescents	Children with mental health problems or children with psychosocial problems	For adolescents, screening with paper and pencil tools is more likely to elicit concerns than an interview; electronic tools are more likely to elicit concerns than paper and pencil and may be perceived as more confidential.	Faible

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Lignes directrices			Primary care practice (É.-U.)		
[Bradford et Rickwood, 2012] Recension des écrits	Psycho social assessment for young people	12-25 ans	89 articles publiés couvrant 31 instruments (Australie)	Rapporté verbalement VS par écrit - Recension systématique de 105 études rapportant des comportements à risque (Brenner <i>et al.</i>, 2003) indique que les questionnaires auto-administrés rapportent un taux plus élevé de comportements à risque que les questionnaires administrés par un intervieweur. - Patients dans l'étude de Silber et Rosenthal (1986) indiquent qu'il était plus facile de rapporter leurs problèmes en mode auto-rapporté, avec le Mile Square Questionnaire, que de les rapporter verbalement au professionnel de la santé. Version en ligne vs version papier = résultats mixtes - Pas de différence dans les taux de réponse entre la version en ligne et la version papier, mais significativement plus de satisfaction de l'utilisateur avec la version en ligne (Truman <i>et al.</i>, 2003) - Questionnaires complétés en mode auto-rapporté à l'ordinateur fournissent de plus haut taux d'utilisation illégale de drogue, de comportements suicidaires, de comportements sexuels que la version auto-rapportée papier (Silber et Rosenthal (1986) - Comportements à risque sont généralement plus rapportés avec une version papier du AHR qu'avec la version en ligne (mais cette différence est significative seulement avec quantité d'alcool ingérée et consommation de drogue) (Beebe <i>et al.</i>, 2006) - Score au Child Health Questionnaire – Child form) avec la version papier sign. plus élevé qu'avec la version en ligne dans les domaines suivants : <i>general behavior, role functioning – physical, mental health and family activities</i>. Toutefois, moins de données manquantes avec la version en ligne qu'avec la version papier (Raat <i>et al.</i>, 2007) Explications invoquées par les auteurs : - The majority of instruments were designed to be initially self-administered using a pen on a paper questionnaire and then to have the answers discussed between the young person and health care professional. This format is likely to suit many contexts, as young people can complete the instrument prior to the appointment, leaving more time to discuss the relevant issues within the session. In terms of acceptability to young people, there is clear evidence for the use of an instrument that is initially self-administered over those delivered via an interview format. This is probably why over 93% of the identified instruments used this method of administration. In terms of whether self-administration should occur by pen-and-paper or computer-assisted formats, the evidence is varied. However, it should be noted that the articles examining the relationship between form of administration and disclosure rates are at least 5–6 years old – technology use has increased dramatically over this period, and young people are likely to be much more familiar and comfortable with computer-assisted formats.	Faible
[Cao <i>et al.</i> , 2019]	CTES DECA SDQ	0-18 ans	44 child welfare workers + 7 co-located behavioral	Because portable tablets were used to conduct the screening, a technology-related theme emerged in focus group discussion. In many situations, intake workers reported that they initiated the screening on the tablet, entered in basic demographic information, and then handed the tablet directly to the caregiver to complete the tools. Thus, workers generally did not have to ask	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. quali.			health clinicians (n = 51) (É.-U.)	caregivers each screening tool item, or discuss their potentially sensitive responses. The use of electronic tablets was reported to help minimize workers' influence over caregivers' response because caregivers were interacting with the tablet, rather than responding to intake workers' questions verbally. Using the tablet also eliminated the need for an in-person discussion about children's behaviors and exposure to traumatic experiences, which reduced the strain experienced by the worker and caregiver when interacting around these sensitive topics. - On the other hand, the electronic tablet was reported to reduce personal interaction and discussion between workers and caregivers about the screening tools. This might reduce the screening and assessment quality, if workers did not add further clarification or explanation to screening items when caregivers could not fully comprehend the screening/ assessment items shown on the tablets. - Participants reported caregivers' literacy, and cognitive capacity, such as their understanding of questions on screening or assessment tools could affect their ability to provide accurate responses on child behavioral health issues, which could shape the context for workers to engage caregivers.	
[Erhart <i>et al.</i> , 2009] Article sc. quanti.	SDQ	Enquête téléphonique parents et enfants : 13,32 (2,88) Autoadministré parents et enfants : 13,38 (2,79) Pas de diff. sign. entre les 2 populations au niveau de l'âge	Enquête téléphonique parent et enfant : n= 825 Autoadministré parent et enfant : n=916 (Allemagne)	Entrevue téléphonique vs questionnaire auto-administré <u>Questionnaire rempli par le jeune</u> Score statistiquement plus faible SDQ administré par téléphone vs en mode auto-rapporté (questionnaire envoyé par la poste) pour les jeunes sur Échelle totale et sous-échelles problèmes émotionnels, problèmes de la conduite et problèmes avec les pairs Statistiquement plus de comportements prosociaux signalés au téléphone que dans la version autoadministrée. L'ampleur de ces différences est faible (d =0,04-0,20; Prosocial: -0,32). Effets légèrement plus prononcés chez les filles (d = 0,10-0,23; Prosocial: -0,39) que chez les garçons (d = 0,03-0,18; Prosocial: -0,28). - Interaction statistiquement significative entre la méthode d'enquête et le sexe a été observée pour l'hyperactivité. <u>Parent c. jeune</u> - Interaction statistiquement significative entre la méthode d'enquête et la source d'information (auto-rapporté par les jeunes c. les parents) observée pour l'échelle Conduite et le score total. Bien que l'enquête téléphonique (jeunes) ait donné des scores de problèmes plus faibles, les parents ont signalé davantage de problèmes au téléphone. <u>Questionnaire rempli par les parents</u> - Différences statistiquement significatives entre les méthodes d'enquête observées pour la sous-échelle Conduite : les scores de problèmes sont plus élevés par téléphone qu'en mode auto-rapporté. À l'inverse, moins de problèmes avec les pairs et plus de comportements prosociaux ont été signalés par téléphone. La magnitude de la différence pourrait être classée comme petite ("d" = 0,01-0,31). Ces différences étaient légèrement plus prononcées chez les filles : ("d" = 0,01-0,34) et les 13-18 ans ("d" = 0,01-0,35). Une interaction statistique significative entre les méthodes d'enquête et le sexe a été observée pour Problèmes avec les pairs. - Résultats moins dispersés dans enquête téléphonique que ceux en autoadministré (jeunes). Différence sign. dans la dispersion des données entre enquête téléphonique et autoadministré pour Problèmes émotionnels et Problèmes avec les pairs. Questionnaire rempli par les parents : une	Élevée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
				dispersion légèrement plus grande des scores avec enquête téléphonique qu'avec version autoadministrée (diff. sign. sur Problèmes avec les pairs et comportements prosociaux) • Pas de différence entre les modes d'enquête par courrier et par téléphone pour les valeurs de fidélité (alpha de Cronbach) • La corrélation moyenne mono-trait-multi-méthodes (entre les scores correspondants de rapport auto-rapporté jeunes et parents) était de $r = 0,40$ (intervalle = $0,33-0,47$) pour l'enquête par courrier et de $r = 0,32$ (intervalle = $0,22-0,42$) pour l'enquête par téléphone. Les différences réelles de r allaient de $0,01$ à $0,16$. La corrélation entre le score de difficultés total jeune/parent était de $r = 0,43$ pour l'autoadministré et de $r = 0,37$ pour l'enquête téléphonique. • Validité convergente et discriminante inférieure pour les méthodes d'enquête téléphonique Proportion et probabilité plus faibles (OR) de classification anormale pour les dimensions Problèmes émotionnels (OR = $0,51$), Problèmes de la conduite (OR = $0,47$) et Problèmes avec les pairs (OR = $0,40$) avec version auto-rapportée vs enquête téléphonique. Pour Problèmes avec les pairs et Comportements prosociaux, un pourcentage inférieur a également été classé comme limite (OR = $0,66$ et $0,46$). Pour la version parent, l'enquête téléphonique (vs autoadministré) augmente le risque de classification anormale dans les dimensions Problèmes émotionnels (OR = $1,55$) et Problèmes de la conduite (OR = $1,37$). Cependant, pour Comportements prosociaux, une probabilité plus faible de classification limite (OR = $0,43$) ou anormale (OR = $0,36$) a été observée. Pour le score de difficultés totales, le sondage téléphonique était associé à une probabilité plus faible de classification limite (OR = $0,63$). • Conclusions des auteurs qui sont importants pour résumer les résultats : l'utilisation de méthodes d'administration différentes conduit à des différences dans les résultats du SDQ autres que celles attribuables au hasard. En d'autres termes, l'évaluation des concepts dépend de la méthode d'enquête utilisée. En général, les effets sont de faible ampleur, mais ces effets semblent être différents chez les enfants et leurs parents dans certains domaines. Bien que relativement petits, les effets pourraient fausser les résultats lorsqu'on compare les enfants et les parents, et pourraient avoir une pertinence pratique lorsqu'on examine les changements au fil du temps ou dans l'estimation de la prévalence des problèmes de santé mentale. Bien que cette étude ne soit pas en mesure de déterminer avec précision quelle méthode d'administration conduit aux mesures les plus valides, les plus fiables et les moins biaisées, les résultats suggèrent une fiabilité et une validité moindres des mesures obtenues à partir de l'enquête téléphonique vs auto-rapporté. Explications des résultats par les auteurs : • greater sense of embarrassment or shame associated with reporting mental problems, Social desirability, e.g., being socially accepted, might play an important role as well • Limited cognitive processes (e.g., limited recollection performance in relation to telephone administration) might also account for differences in answering behaviour. Explication indiquant que la pression du temps limité pour répondre aux questions par téléphone peut limiter la transmission des informations	
[Marshall <i>et al.</i> , 2016]	PEDS	2 sem. à 4,5 ans	24 parents (É.-U.)	<u>Données quantitatives</u> Rapporté verbalement VS par écrit • Incohérence entre les inquiétudes rapportées dans le PEDS vs verbalement par le parent	Faible (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
Article sc. devis mixte				- 3 participants ont répondu "non" à "Des inquiétudes ?" dans le PEDS mais ont décrit des inquiétudes lors de l'entrevue - 1 mère qui a un enfant avec de multiples conditions congénitales, incluant des déficiences physiques et cardiaques, a rapporté « un peu d'inquiétudes » dans le PEDS <u>Données qualitatives</u> • Two parents said that they felt more comfortable talking with the pediatrician about concerns perceived as medical versus developmental or behavioral	
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatricians)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	• Pediatricians need to consider the literacy and health literacy levels of parents, guardians, children, and adolescents completing screens, whether the instrument should be administered in English or another language, and whether the person completing the screen will need additional help.	Élevée

Tableau K.2 Énoncé de preuve

Les outils autocomplétés de dépistage des difficultés et retards liés au développement (papier-crayon ou de façon électronique), comparativement à une administration verbale (face à face ou au téléphone), présentent une fiabilité et une validité plus élevées, autant lorsque le répondant est le jeune que lorsqu'il s'agit du parent. Ces outils autocomplétés présentent d'autres avantages, notamment : • augmente la satisfaction du répondant, particulièrement lorsque celui-ci est un jeune; • favorise le dévoilement de sujets plus délicats et de comportements moins désirables chez les jeunes; • réduit le biais de la désirabilité sociale; • réduit l'influence de l'administrateur sur les informations recueillies; • réduit les coûts d'administration. Cependant, la modalité autocomplétée exige la prise en compte du niveau de littératie et des capacités cognitives des parents et des jeunes et, le cas échéant, la nécessité d'offrir un soutien aux répondants qui ne sont pas en mesure de compléter eux-mêmes l'outil. D'autres désavantages ont été associés à la cette modalité, dont la réduction des contacts et des discussions entre le répondant et l'administrateur de l'outil.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : FAIBLE

Tableau K.3 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale • Quantité d'études • Qualité méthodologique des études	• 8 documents retenus - 5 articles scientifiques (1 PJ + 4 population générale) [Cao <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Marshall <i>et al.</i>, 2016; Bradford et Rickwood, 2012; Erhart <i>et al.</i>, 2009] - 3 documents issus de la littérature grise (1 PJ + 2 population générale) ▪ 3 lignes directrices [Weitzman <i>et al.</i>, 2015; Committee on Adolescence, 2011; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] • É.-U. (5); Royaume-Uni (1); Australie (1); Allemagne (1) • 1 devis suffisamment approprié avec un faible risque de biais • Qualité méthodologique : faible (4/8); moyenne (2/8); élevée (2/8)	MODÉRÉE
Cohérence • Cohérence de l'effet d'intervention • Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	• Résultats convergents entre les études et les lignes directrices qui attribuent divers avantages aux outils de dépistage lorsqu'autocomplétés par les jeunes ou par les parents. • Ces résultats sont observables, peu importe l'outil de dépistage utilisé et l'âge des enfants.	MODÉRÉE

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Peu d'indications sur l'impact clinique de la modalité d'administration de l'outil de dépistage. - En général, les différences entre les scores issus d'outil auto-rapporté c. administré verbalement sont de faible ampleur, autant lorsque le répondant est un jeune que lorsqu'il s'agit d'un parent [Erhart <i>et al.</i>, 2009]. - Le choix de la modalité d'administration de l'outil de dépistage peut avoir un impact sur la satisfaction du répondant.	FAIBLE
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 2/8 documents - Population d'enfants autochtones dans 0/8 documents	FAIBLE

ANNEXE L

Tableaux d'extraction, énoncés et gradations de la preuve – constats 15 et 16

Choix du lieu d'administration de l'outil de dépistage constat 15)

Tableau L.1 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Bruhn <i>et al.</i> , 2008] Article scientifique quantitatif	Prog. d'éval. centralisée	Moins de 3 ans	2164 enfants avec signalement retenu et dossier ouvert au moins 30 jours en 2005 + 94 analyses des dossiers des enfants choisis aléatoirement parmi ceux identifiés comme ayant un retard de développement à la suite du dépistage (É.-U.)	L'implantation d'un programme de dépistage centralisé, c'est-à-dire dont l'évaluation est réalisée à domicile par des évaluateurs spécifiquement employés et formés pour faire l'évaluation avec questionnaires standardisés (dont, ASQ, ASQ-SE et Denver II): augmente le nombre d'enfants évalués à des fins de dépistage (73% avant l'implantation du programme à 81% après (diff. sign.)	Modérée
[Herman-Smith et Schmitt, 2014] Texte d'opinion	N/A	0 – 5 ans	Children with report substantiated or family in needs of services including out-of home children (É.-U.)	Évaluation <u>au domicile des familles</u> perçue comme élément de succès p. c. q. parents pas besoin de se déplacer, ce qui favorise la participation particulièrement utile dans les grands centres urbains où intervenants PJ ont moins de liens avec les SIP	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Âge enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] Lignes directrices	N/A	Enfants et adolescents	Children with mental health problems or children with psychosocial problems Primary care practice (É.-U.)	Review of the available English literature supports the conclusion that screening with a validated tool is useful in identifying children with mental health problems in a variety of settings. These settings include regular health maintenance visits, acute visits, and visits for children at risk (eg, children in foster care, children with special health care need, adolescents).	Faible

Tableau L.2 Énoncé de preuve

La littérature consultée indique que l'administration d'outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement peut être réalisée dans différents lieux (p. ex. : domicile, école, clinique médicale).
Le dépistage réalisé au domicile des familles est perçu comme un élément facilitant la participation par les parents d'enfants en bas âge, et il permet de joindre un plus grand nombre d'enfants âgés de 5 ans et moins.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : PREUVE INSUFFISANTE

Tableau L.3 Tableau d'extraction

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale - Quantité d'études - Qualité méthodologique des études	3 documents retenus 1 article scientifique (1 PJ) [Bruhn <i>et al.</i>, 2008] 2 documents issus de la littérature grise (1 PJ + 1 population générale) 1 ligne directrice [American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010] 1 texte d'opinion [Herman-Smith et Schmitt, 2014] - Qualité méthodologique : faible (1/3) ; modérée (2/3)	FAIBLE

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- Les résultats de 2 études indiquent une participation accrue des parents d'enfants en bas âge (0-5 ans) lorsque le dépistage est effectué au domicile et que ceux-ci n'ont pas à se déplacer. 1 document (lignes directrices) indique que le dépistage peut être réalisé efficacement dans divers contextes [American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health, 2010].	Faible
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- Aucun résultat direct sur l'impact du lieu du dépistage sur les taux de détection - L'augmentation du taux de participation des parents au programme de dépistage à domicile de 8 %, comparativement au dépistage au local centralisé, est statistiquement significative et cliniquement non négligeable.	Faible
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants 0-5 ans en protection de l'enfance dans 2/3 documents - Généralisation des résultats est non connue pour les enfants âgés de plus de 5 ans - Population d'enfants autochtones dans 0/3 documents - É.-U. (3)	Faible

Conditions favorables au dépistage (constat 16)

Tableau L.4 Tableau d'extraction

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Age enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Cao <i>et al.</i> , 2019] Article sc. quali.	CTES DECA SDQ	0-18 ans	44 child welfare workers + 7 co-located behavioral health clinicians (n = 51) (É.-U.)	- Workers described that caregivers often asked questions about the purpose of the screening and assessment tools, and why they were asked to complete them. Therefore, the process of engaging caregivers usually involved explaining and clarifying why screening or assessment were conducted and how the information would benefit the child. - One strategy commonly used by workers was to clarify/frame the purpose of screening and assessment as being beneficial to children, such as getting appropriate services in a more efficient way. Caregivers were reported to ask about the purpose of screening and assessment, workers' clarification in response to their inquiries and concerns might help reduce uncertainties and any potential misunderstanding of screening/assessment items. - Workers' support and explanation is likely to help caregivers better understand the nature of questions.	Modérée
[Denton, 2018] Article sc. devis mixte	BACA SDQ	12-17 ans	111 foster carers Focus group : 8 foster carers + 9 mental health	<u>Données qualitatives</u> For many, LAA complexities were such that a questionnaire of any length seemed insufficient as a stand-alone tool. On the other hand, clinicians and some foster carers discussed the benefits of shorter tools, which could be completed quickly and without too much thought or effort. Conversely a small number of foster carers felt that due to the nature of foster carers' complex, demanding, role as full-time carer and advocate, being given short tools was almost insulting.	Élevée (quanti) Modérée (quali)

Articles – protection de la jeunesse					
Référence Type d'étude	Outils	Age enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			practitioners from Child and Adolescent Mental Health Services (Royaume-Uni)	- Some clinicians discussed the possible disparity between clinician and foster carer perspectives on clinically significant behaviour and as a result felt that the questionnaire would require further discussion with the respondent. - Both foster carers and clinicians raised concerns during qualitative interviews that a number of BAC-A items could be misinterpreted by respondents due to wording or contextual issues, such as respondent experience.	
[Frogley, 2018] Article sc. devis mixte	BACC SDQ	4-11 ans (M=7,6 ans)	Questionnaire d'utilité : 190 foster carers Groupe de discussion : 5 foster carers + 8 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> - All clinicians agreed that there were limitations to using the BAC-C as a stand-alone tool and most argued that they would use it in conjunction with other routine measures, such as the SDQ, and alongside clinical judgement, developmental history and discussion. - Despite the relative merits of the BAC-C, foster carers repeatedly stated that they would prefer to discuss their concerns about the child with a professional. - Many hoped that after filling out the BAC-C, they would have an opportunity to talk to a member of staff about the answers they had given and/or to hear the results of the questionnaire. Some talked about this in terms of gaining 'feedback from your employer' or being 'consulted as a professional', whilst others felt they needed to 'talk between the lines' to give a full picture of their child. - When reflecting on their experience with using questionnaires, almost all foster carers said they hadn't seen the results of questionnaires they have used in the past.	Élevée (quanti) Modérée (quali)
[Szilagyi <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Children and adolescents	Foster care and kinship (E.-U.)	When appropriate and safe, birth parents should be encouraged to participate in health care visits and decisions. Ideally, health information should be obtained from both foster and birth parents as well as from the child, when developmentally appropriate. The pediatrician should spend at least a few minutes alone with the verbal child for purposes of obtaining confidential history.	Modérée
[Wright <i>et al.</i> , 2019] Article sc. devis mixte	SDQ	Looked-after children referred to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) 4-17 ans	144 enfants Focus group : 9 clinicians (Royaume-Uni)	<u>Données qualitatives</u> As a result of initial underreporting, some clinicians described how an increase in self-reported SDQ scores over the course of therapy might actually represent positive progress in therapy. This was because clinicians felt that young people might be more willing to report their symptoms honestly as the therapeutic relationship developed.	Modérée (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Age enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
[Borg <i>et al.</i> , 2014] Article sc. quanti.	SDQ	4-9 ans	1546 parents 1286 éducateurs + 119 professeurs 156 infirmières (Finlande)	- The theme most commonly (36%) mentioned by the parents was the contradictory and confusing experiences of using the SDQ in the medical check-ups: lack of dialogue with and interest on the part of professionals, and lack of feedback on the thoughts of the professionals about the child and the family. - The respondents criticised the SDQ somewhat for being difficult to interpret and complete. - Using the SDQ was a positive experience for parents. However, they reminded the professionals of the importance of sensitive dialogue when assessing the mental health of the child.	Modérée
[Bradford et Rickwood, 2012] Recension des écrits	RS sur psychosocial assessment for young people	12-25 ans	89 articles publiés couvrant 31 instruments (Australie)	The majority of instruments were designed to be initially self-administered using a pen on a paper questionnaire and then to have the answers discussed between the young person and health care professional. This format is likely to suit many contexts, as young people can complete the instrument prior to the appointment, leaving more time to discuss the relevant issues within the session. This is probably why over 93% of the identified instruments used this method of administration.	Faible
[D'Aprano <i>et al.</i> , 2016] Article sc. quali.	Adaptation ASQ-3	1 mois-5,5 ans	Aboriginal children living in 2 very remote communities 18 parents, 14 health care workers, early childhood specialists, and Aboriginal community experts Autochtone (Australie)	- There was consensus that the adapted tool would be best administered by interview, rather than offering it as a self-administered tool. Informants provided a number of reasons for this, including many caregivers are not literate; an interview would encourage a "conversation" about the child; and administering the questionnaire was an opportunity to demonstrate skills the child has, further engaging and encouraging the caregiver by focusing on the child's strengths. - The importance of ensuring parents were fully informed about the purpose of the questionnaire was a theme that emerged during interviews. Developmental monitoring is a process that involves eliciting and addressing parents' concerns in addition to utilizing standardized developmental screening tools and effective communication is key. - Les parents ont verbalisé une préférence pour que l'outil soit administré dans un endroit calme et privé	Modérée
[Dionne <i>et al.</i> , 2014] Article sc. devis mixte	ASQ	9-66 mois	394 évaluations auprès de parent-éducateur Focus group : 8 parents	<u>Données qualitatives</u> However, some parents found the rating procedure confusing, especially when it came to make a distinction between the "sometimes" and "yes" response options. They also felt that it is important for parents to understand that it is normal for a child to be unable to accomplish all items on the questionnaire and that it is important not to focus on mistakes or "wrong" answers.	Faible (quanti) Faible (quali)

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Age enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			Autochtone (Québec)		
[Sheldrick <i>et al.</i> , 2011] Recension des écrits	Jugement clinique sans utilisation d'outils standar disés	Pediatric care providers	To review research literature for studies regarding pediatric primary care providers' identification of developmental- behavioral problems in children. 11 études recensées (É.-U.)	A positive result suggests the presence of disorder even if that suggestion is later reversed. For parents who have real concerns about their children despite sub-clinical symptoms, such attention might be welcome. However, other parents might still experience anxiety or stigma associated with false-positives results.	Faible
[Weitzman <i>et al.</i> , 2015] Lignes directrices	N/A	Primary care (pediatricians)	This clinical report focuses on the need to increase behavioral screening and offers potential changes in practice and the health system, as well as the research needed to accomplish this. (É.-U.)	Pediatricians need to consider the literacy and health literacy levels of parents, guardians, children, and adolescents completing screens, whether the instrument should be administered in English or another language, and whether the person completing the screen will need additional help.	Élevée
[Williamson <i>et al.</i> , 2010] Article sc. quali.	SDQ	4-17 ans	Aboriginal parents (n = 15) Aboriginal research assistants and	- Many participants felt that carers would be concerned about filling in a questionnaire such as the SDQ due to fears that the information would somehow be relayed to the Department of Community Services and lead to problems for them. - After the initial read through, some participants were worried that a response of 'certainly true' for any question indicated that a child had mental health problems. Participants were thus much more comfortable with the tool after the more detailed explanation of how it is used and scored had been	Modérée

Articles - population générale					
Référence Type d'étude	Outils	Age enfants	Échantillon (pays)	Résultats	Qualité métho
			youth workers (n = 32) Autochtone (Australie)	explained. In keeping with this, workers who have used the SDQ with families reported having routinely had to explain the meaning of some questions as well as the response scale.	

Tableau L.5 Énoncé de preuve

L'expérience des répondants et intervenants documentée dans la littérature indique que les avantages des outils de dépistage sont accrus et les inconvénients réduits lorsque l'administration de l'outil est accompagnée des éléments suivants : • d'explications préalables sur le but, les avantages et les inconvénients du dépistage ainsi que sur la nature des questions qui seront posées; • d'instructions claires pour compléter l'outil ou les tâches; • de clarifications sur les questions ou items susceptibles d'être mal compris ou interprétés; • de modalités d'administration adaptées au niveau de littératie du répondant et culturellement sensibles; • d'un climat de confiance entre l'administrateur et le répondant; • d'une discussion visant à répondre aux préoccupations du répondant en lien avec l'administration de l'outil de dépistage ou le développement du jeune; • d'une rétroaction sur la nature des résultats attendus et obtenus (p. ex. : vrais et faux positifs); • d'explications sur les suites du dépistage.
NIVEAU DE PREUVE GLOBAL : MODÉRÉ

Tableau L.6 Gradation de la preuve

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Qualité méthodologique globale • Quantité d'études • Qualité méthodologique des études	• 12 documents retenus - 10 articles scientifiques, dont 2 RS [Cao <i>et al.</i>, 2019; Wright <i>et al.</i>, 2019; Denton, 2018; Frogley, 2018; D'Aprano <i>et al.</i>, 2016; Borg <i>et al.</i>, 2014; Dionne <i>et al.</i>, 2014; Bradford et Rickwood, 2012; Sheldrick <i>et al.</i>, 2011; Williamson <i>et al.</i>, 2010] - 2 documents issus de la littérature grise (1 PJ + 1 population générale) ▪ 2 lignes directrices [Szilagyi <i>et al.</i>, 2015; Weitzman <i>et al.</i>, 2015] • É.-U. (4); Australie (3); Royaume-Uni (3); Québec (1); Finlande (1) • Qualité méthodologique : faible (4/12) ; modérée (7/12) ; élevée (1/12)	Modérée

Critères d'appréciation	Détails des documents retenus	Cotation
Cohérence - Cohérence de l'effet d'intervention - Complémentarité et diversité des méthodes et des mesures	- L'importance d'une discussion/d'un accompagnement a été considérée de façon constante par les parents, les jeunes et les intervenants. - Les résultats des études qualitatives convergent avec les lignes directrices recensées.	Modérée
Impact clinique/organisationnel/social - Importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - Atteinte des objectifs d'intervention	- L'impact clinique sur les taux de dépistage n'est pas connu. - D'un point de vue clinique, la discussion/l'accompagnement du répondant lors de l'administration de l'outil est important pour soutenir l'engagement du répondant, particulièrement dans un contexte de protection de la jeunesse.	Modérée
Généralisation des résultats Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés	- Population d'enfants en protection de l'enfance dans 5/12 documents - Population d'enfants autochtones dans 3/12 documents - Les résultats sont similaires, peu importe la population étudiée.	Modérée

ANNEXE M

Consultations auprès des parties prenantes

Tableau M.1 Caractéristiques des parties prenantes consultées

Consultation auprès de	Modalité
8 jeunes adultes ayant reçu des services en vertu de la LPJ	• 2 groupes de discussion et 1 entretien individuel • Mai et juin 2019 • 7 femmes, 1 homme • Réalisés en français et en anglais (2 participants anglophones) • Âgés entre 18 et 33 ans • Vivent actuellement dans la région de Montréal, Québec ou Chaudière-Appalaches • Reçu des services de la protection de la jeunesse sur des périodes allant de 6 à 18 ans • Parcours de placement divers : famille d'accueil, centre de réadaptation, foyer de groupe
6 parents d'enfants qui reçoivent actuellement ou qui ont reçu des services en vertu de la LPJ	• 6 entretiens téléphoniques individuels • Mars et avril 2019 • 6 femmes • Réalisés en français • Région de Lanaudière
18 intervenants du RSSS	• 2 groupes de discussion • Janvier 2019 • 16 femmes, 2 hommes • Réalisés en français, à Québec et à Montréal • 12 CISSS/CIUSSS représentés
17 gestionnaires du RSSS	• 2 groupes de discussion • Janvier 2019 • 11 femmes, 6 hommes • Réalisés en français, à Québec et à Montréal • 15 CISSS/CIUSSS représentés
16 intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants issus des Premières Nations	• 2 groupes de discussion et 2 entretiens téléphoniques individuels • Juin 2019 • Réalisés en français et en anglais (4 participants anglophones) à Wendake et à Kahnawake • 8 communautés représentées

Tableau M.2 Thèmes et questions abordés lors des consultations auprès des intervenants et gestionnaires

Nécessité de l'intervention
En quoi est-il nécessaire d'évaluer le développement des enfants suivis en vertu de la LPJ ?
Perspective clinique
À quel moment s'effectue l'évaluation du développement ? Après de qui (clientèle) l'évaluation du développement s'effectue ? Qui (quels types de professionnels) procède à l'évaluation du développement ? Dans quel contexte ou secteur d'intervention l'évaluation du développement a lieu ?
Quelle est l'efficacité* (l'utilité, le bénéfice) <u>des outils utilisés</u> dans votre pratique pour évaluer le développement des enfants suivis ? Pourquoi ?
Perception de l'implication <u>des parents</u> dans le cadre de l'évaluation du développement Comment les parents sont-ils impliqués dans le processus d'évaluation ? Est-ce qu'on leur communique les résultats de l'évaluation ? Est-il important de les impliquer ? Pourquoi ?
Perception de l'implication <u>des enfants</u> dans le cadre de l'évaluation du développement Comment les enfants sont-ils impliqués dans le processus d'évaluation ? Est-ce qu'on leur communique les résultats de l'évaluation ? Est-il important de les impliquer ? Pourquoi ?
Quels sont les effets indésirables potentiels (pour l'enfant, la famille) de l'évaluation du développement de l'enfant en protection de la jeunesse ? Ailleurs qu'en protection de la jeunesse ?
Qu'est-ce qu'on fait avec les effets indésirables ?
Perspective usager
Quels sont les impacts positifs et négatifs potentiels d'une évaluation du développement de l'enfant ? Pour l'enfant ? Pour sa famille ?
Quels sont les enjeux et défis particuliers associés au processus d'évaluation/aux outils d'évaluation auprès de communautés autochtones ? Auprès de toute autre communauté culturelle (allophone, anglophone) ?
Aspects relatifs au contexte d'intervention et faisabilité
Est-ce que la DPJ est responsable d'évaluer le développement de l'enfant ? Si non, qui en est responsable ?
Quelles sont les lacunes (les manques) que vous constatez dans le cadre des services dispensés en matière d'évaluation du développement des enfants suivis en vertu de la LPJ ? Auprès des communautés autochtones ? Auprès de toute autre communauté culturelle (allophone, anglophone) ?
Exercice budgétaire et priorisation basée sur la valeur globale
Si on considère l'ensemble des besoins de la population des enfants suivis en vertu de la LPJ, est-ce que l'évaluation du développement représente une bonne façon d'investir les ressources du MSSS ?
Question pour conclure la rencontre
En pensant au processus d'évaluation du développement pour les enfants suivis en protection de la jeunesse, si vous aviez une baguette magique qui permettait que tout soit possible, comment les choses se passeraient-elles ? Qu'est-ce qui serait prioritaire ? Dans quel contexte ? À quel moment ? Auprès de qui ? Par qui ? En ce qui concerne les communautés autochtones et autres communautés culturelles ?

Tableau M.3 Thèmes et questions abordés lors des consultations avec les intervenants et gestionnaires œuvrant auprès d'enfants issus de communautés autochtones

Évaluation du développement de l'enfant
Pour commencer, parlez-nous de l'évaluation du développement général/ global des enfants suivis en vertu de la LPJ. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous ? • Quelle importance accordez-vous à cette évaluation ? • Dans vos communautés, quels <u>organismes</u> (associés au RSSS ou autre réseau) ont des responsabilités à l'égard de l'évaluation du développement des enfants ? Quels types de responsabilités ?
Approches utilisées
Actuellement, selon votre expérience, quels <u>approches/ moyens</u> sont utilisés pour évaluer le développement des enfants suivis en vertu de la LPJ, par vous-même ou par vos collègues ? • Quels moyens utilisez-vous ? • À quel moment s'effectue l'évaluation globale du développement ? • Auprès de qui (clientèle) l'évaluation du développement s'effectue ? (groupe d'âge en particulier, profil en particulier, etc.) • Qui (quels types de professionnels) procède à l'évaluation du développement ? • Dans quel contexte ou secteur d'intervention l'évaluation du développement a lieu ?
Regard sur les approches utilisées
Considérez-vous que les moyens utilisés actuellement pour procéder à l'évaluation du développement (façons de faire et outils) sont en accord avec les réalités et valeurs familiales des personnes que vous desservez ? Sont-ils adaptés pour les tout-petits, ados et jeunes ? (en termes de respect, d'écoute, d'implication des familles, d'accès aux services d'évaluation du développement) Quels sont les avantages et inconvénients de l'évaluation globale du développement ?
Question pour conclure la rencontre
En pensant au processus d'évaluation du développement pour les enfants suivis en protection de la jeunesse dans vos communautés, si vous aviez une baguette magique qui permettrait que tout soit possible, comment les choses se passeraient-elles ? Qu'est-ce qui serait prioritaire ? Dans quel contexte ? À quel moment ? Auprès de qui ? Par qui ?

Tableau M.4 Thèmes et questions abordés lors des consultations avec les parents

Introduction
Nous allons débiter l'entretien en parlant de votre expérience, en ce qui concerne l'évaluation du développement général de votre enfant. Pendant la période où votre enfant a été pris en charge par/ reçu des services de la protection de la jeunesse, est-ce qu'un intervenant a utilisé un outil/ une grille / un questionnaire auprès de votre enfant pour connaître son développement en général ? • Remémorez-vous la démarche d'évaluation du développement général : - Quel âge avait l'enfant ? - Qui a réalisé l'évaluation ? - Combien de fois une telle évaluation a été effectuée ? - Quand a eu lieu cette évaluation ? ▪ Au moment où vous avez reçu une évaluation par la protection de la jeunesse, à la suite d'un signalement ? ▪ Après avoir signé une entente ou reçu une ordonnance pour des services en protection de la jeunesse ? ▪ À la fin de la prise en charge, avant de fermer le dossier en protection de la jeunesse ? - Avant d'être pris en charge en protection de la jeunesse, est-ce qu'il y a eu un intervenant/un médecin qui a effectué une évaluation du développement général de l'enfant ? (situer le délai)
Perspective du parent
Implication du parent Comment avez-vous participé à cette évaluation ? (rencontre, discussion avec l'intervenant, rempli un questionnaire, etc.) • Est-ce que l'intervenant a tenu compte lors de cette évaluation de vos observations concernant le développement de votre enfant en général ? • Trouvez-vous que l'intervenant a tenu compte lors de cette évaluation des besoins ou des difficultés que votre enfant éprouvait sur le plan du développement en général ? • Est-ce que l'intervenant vous a expliqué la démarche à suivre ? (pourquoi, comment, l'utilisation qu'on va en faire) • Comment vous êtes-vous senti dans cette démarche ? (respecté, écouté, impliqué) Coûts Est-ce que la participation à la rencontre vous a occasionné des dépenses ? • votre déplacement vers l'établissement et au retour (distance, coût) • temps de déplacement • frais de gardiennage • autres Accessibilité des services Avez-vous rencontré des difficultés / obstacles à participer ? Parlez-nous des moyens que votre intervenant vous a proposés pour faciliter votre participation lors de cette évaluation du développement de votre enfant. Suites Est-ce que l'intervenant vous a communiqué les résultats de cette évaluation du développement de votre enfant ? • À la suite de l'évaluation du développement, y a-t-il eu des préoccupations de mentionnées concernant votre développement ? Si oui, quelles références avez-vous reçu pour votre enfant ou pour vous ?

Bénéfices et risques de l'évaluation du développement de l'enfant
Voyez-vous un bénéfice à standardiser l'évaluation du développement des enfants suivis en LPJ (toujours évaluer le développement des enfants de manière systématique et uniforme) ? Selon vous, quels sont les avantages à évaluer le développement général des enfants et des jeunes suivis en LPJ – pour l'enfant et pour sa famille ? Dans l'immédiat et/ou à long terme ? Voyez-vous des désavantages à cette évaluation du développement – pour l'enfant et pour sa famille ? Pratiques organisationnelles Selon vous, quelles sont les améliorations à apporter en matière d'évaluation du développement général des jeunes suivis en LPJ ? • Comment auriez-vous aimé que ça se passe ?
Question pour conclure la rencontre
Dans un monde idéal, quels services devraient être offerts aux enfants suivis en LPJ pour soutenir leur développement général ?

Tableau M.5 Thèmes et questions abordés lors des consultations auprès des jeunes adultes

Introduction
Pour commencer, qu'est-ce que c'est pour vous le développement global d'une personne ? Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
Évaluation du développement
Remémorez-vous une situation où vous avez vécu une évaluation du développement global pendant la période où vous avez reçu des services en PJ. Cela peut être un questionnaire à remplir, des jeux ou mises en situation, des questions que l'intervenant vous aurait posées à vous ou à votre parent au sujet de votre développement en général – le langage, la communication, les capacités physiques, les connaissances, etc. <i>Notez tous les éléments significatifs : Quand ? Quel âge aviez-vous ? Qui a réalisé l'évaluation ? Combien de fois ? Notez à l'endos de la feuille un mot clé qui représente la situation. Vous allez garder la feuille ou en partager le contenu.</i> Nous aimerions savoir comment cette démarche d'évaluation ou expérience par rapport à votre préoccupation concernant votre développement s'est passée pour vous. - Comment avez-vous participé à cette démarche d'évaluation ou expérience (discussion, questionnaire, etc.) ? - Comment vous êtes-vous senti dans cette démarche (respecté, écouté, impliqué) ?
Perspective sur l'évaluation du développement
Comment appréciez-vous l'expérience avec votre évaluateur dans cette situation ? • Avez-vous reçu l'information dont vous aviez besoin ? • Trouvez-vous que l'intervenant a tenu compte, lors de cette démarche ou expérience, de vos besoins ou des difficultés que vous éprouviez sur le plan de votre développement ? • La communication a été adéquate ? • Considérez-vous que les façons de faire et outils utilisés dans cette démarche ou expérience sont en accord avec votre vision des choses ? • Est-ce que l'intervenant vous a communiqué les résultats de cette démarche d'évaluation ou expérience ? • Si oui, est-ce que vous avez eu assez d'information ? Si non, souhaitez-vous être informé ?
Bénéfices et limites
Selon vous, quels ont été, ou seraient, les avantages à évaluer le développement général des jeunes en PJ – dans l'immédiat et/ou à long terme, pour vous et votre famille ? - Au point de vue personnel - Au point de vue des services reçus
Améliorations
Quelles améliorations peuvent être apportées à l'évaluation du développement afin de soutenir le développement général des enfants, de manière optimale, dans leur corps, cœur et esprit ? Quels éléments sont les plus importants ?

ANNEXE N

Caractéristiques des outils de dépistage retenus

NOTES

- Ce tableau constitue un résumé des fiches-synthèses présentées à l'annexe O et documente les caractéristiques des outils de dépistage jugées indispensables ou importantes, à la suite de l'exercice de priorisation effectué par les membres du comité de travail.
- Les caractéristiques « sensibilité élevée pour les problèmes intériorisés » et « spécificité élevée pour les problèmes extériorisés » n'ont pas été décrites dans le tableau, étant donné que les outils de dépistage présentés ci-contre n'incluent pas nécessairement des échelles couvrant spécifiquement les problèmes extériorisés ou intériorisés.
- Les informations présentées dans ce tableau proviennent du manuel ou du site web officiel de l'outil ou ont été tirées de répertoires d'outils de dépistage (voir annexe O pour la liste complète des documents consultés). Par conséquent, et dans l'éventualité où ces informations sont ou devenaient disponibles, il est possible que d'autres outils de dépistage que ceux recommandés dans le cadre du présent avis présentent les quatre caractéristiques jugées indispensables pour être recommandés (ces caractéristiques sont identifiées par les cellules vertes).

	Caractéristiques jugées indispensables				Caractéristiques jugées importantes						
Outil (âge)	Sensibilité /spécificité ¹ ou ASC ² ≥0,70	Identifie les forces	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Disponible français/anglais	Brièveté (nb items / temps de complétion)	Facilité d'utilisation		Documenté pop. protection de la jeunesse ³	Culturellement sensible		Faible coût
						Matériel de passation requis	Formation requis		Documenté - pop. autochtones ³	Documenté - autres cultures	
ACHWM (8-18 ans)	0,75 / 0,97	Non	Non	Oui	62 items 10-15 min.	Tablette électronique	Facultative	Non	Oui	Non	Gratuit
ASEBA CBCL (1½-5 ans)	0,85 / 0,90	Oui	Oui	Oui	99 items 20-40 min.	Non	Facultative	Non	Non	Oui	Payant
ASEBA CBCL (6-18 ans)	0,92 / 0,82	Oui	Oui	Oui	113 items 20-40 min.	Non	Facultative	Oui	Non	Oui	Payant

¹ Plus la sensibilité est élevée, plus l'outil est en mesure de dépister correctement les enfants qui présentent des difficultés. Plus la spécificité est élevée, plus l'outil est en mesure d'identifier correctement les enfants sans difficultés.

² ASC : aire sous la courbe (traduction de *Receiver operating characteristic* (ROC)).

³ Selon la recension des écrits réalisée dans le cadre de cet avis.

	Caractéristiques jugées indispensables				Caractéristiques jugées importantes						
Outil (âge)	Sensibilité /spécificité ¹ ou ASC ² ≥ 0,70	Identifie les forces	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Disponible français/anglais	Brèveté (nb items / temps de complétion)	Facilité d'utilisation		Documenté pop. protection de la jeunesse ³	Culturellement sensible		Faible coût
						Matériel de passation requis	Formation requis		Documenté - pop. autochtones ³	Documenté - autres cultures	
ASEBA YSR (11-18 ans)	0,80 / 0,90	Oui	Oui	Oui	112 items 20-40 min.	Non	Facultative	Non	Non	Oui	Payant
ASQ-3 (1-66 mois)	0,83-0,89 / 0,78-0,92	Oui	Oui	Oui	30 items 10-15 min.	Trousse d'administration	Recommandée	Oui	Oui (ASQ-TRAK)	Oui	Payant
ASQ:SE-2 (1-72 mois)	0,81 / 0,84	Oui	Oui	Oui	36 items 10-15 min.	Non	Recommandée	Oui	Non	Oui	Payant
BAC-C (4-11 ans)	ASC BAC-C : 0,74	Non	Oui	Non	20 items 10-15 min.	Non	Non	Oui	Non	Oui	Gratuit
BAC-A (12-17 ans)	ASC BAC-A : 0,79										
BASC-3 (2-25 ans)	0,82 / 0,96	Oui	Oui	Oui	65-189 items 10-30 min.	Non	Non	Non	Non	Oui	Payant
BDI-2-NU (0-7 ans)	0,77-0,87 / 0,74-0,94	Oui	Oui	Non	100 items 10-30 min.	Trousse d'administration	Oui	Non	Non	Non	Payant
CANS (0 -18 ans)	Non applicable	Oui	Oui	Oui	Variable	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Gratuit
CHAT (10-18 ans)	0,64-0,94 / 0,18-0,76	Non	Oui	Non	Variable 85 min.	Non	Recommandée	Oui	Non	Non	Gratuit
DI (6-11 ans)	0,64-0,88 (correspondance jugement clinique)	Oui	Oui	Oui	91 items 15 min.	Logiciel	Non	Oui	Non	Oui	Payant
DIA-R (12-16 ans)	ASC ≥ 0,70	Oui	Oui	Oui	121 items 15 min.	Logiciel	Non	Oui	Oui	Oui	Payant
GED (0-5 ans)	Non répertorié	Non	Oui	Oui	28-47 items 15-45 min.	Trousse d'administration	Recommandée	Oui	Non	Population québécoise seulement	Payant
IED (Brigance) (0-7 ans)	> 0,80 / > 0,80	Oui	Oui	Oui	55 tâches 40-120 min.	Trousse d'administration	Facultative	Non	Oui	Oui	Payant

	Caractéristiques jugées indispensables				Caractéristiques jugées importantes						
Outil (âge)	Sensibilité /spécificité ¹ ou ASC ² ≥ 0,70	Identifie les forces	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Disponible français/anglais	Brèveté (nb items / temps de complétion)	Facilité d'utilisation		Documenté pop. protection de la jeunesse ³	Culturellement sensible		Faible coût
						Matériel de passation requis	Formation requis		Documenté - pop. autochtones ³	Documenté - autres cultures	
MAYSI-2 (12-17 ans)	0,65-0,75 / 0,60-0,90	Non	Oui	Oui	52 items 10-15 min.	Non	Facultative	Oui	Non	Oui	Payant
PEDS (0-7 ans)	0,91-0,97 / 0,73-0,86	Non	Oui	Oui	10 items 3-6 min.	Non	Facultative	Oui	Non	Oui	Payant
PSC (3-17 ans)	0,88-0,95 / 0,68-1,00	Non	Oui	Oui	17-35 items 3-10 min.	Non	Non	Oui	Non	Oui	Gratuit
PYD-5C (10 ans et +)	Non répertorié	Oui	Oui	Non	77 items 30 min.	Non	Non	Non	Non	Oui	Gratuit
SDQ (3-17 ans)	ASC 0,71-0,92	Oui	Oui	Oui	25 items 5-10 min.	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Gratuit
SQIFA (12-17 ans)	Non répertorié	Non	Oui	Oui	19 items 5-10 min.	Non	Non	Oui	Non	Oui	Gratuit
Strong Souls (13-19 ans)	Non répertorié	Oui	Non	Non	25 items 5-10 min.	Non	Non	Non	Oui	Non	Gratuit

ACHWM : Aboriginal Children's Health and Well-being Measure; **ASEBA CBCL / ASEBA YSR** : Achenbach System of Empirically Based Assessment Child Behavior Checklist / Youth Self Report; **ASQ** : Ages and Stages Questionnaires ; **ASQ:SE** : Ages and Stages Questionnaires : Social-Emotional; **ASQ-TRAK** : Ages and Stages Questionnaires-Talking About Raising Aboriginal Kids; **BAC-C / BAC-A** : Brief Assessment Checklists for Children / Adolescents; **BASC** : Behavior Assessment for Children; **BDI** : Battelle Developmental Inventory ; **CANS** : Child and Adolescent Needs and Strengths; **CHAT** : Comprehensive Health Assessment Tool; **DI** : Dominique Interactif; **DIA-R** : Dominique Interactif pour Adolescent – Révisé; **GED** : Grille d'évaluation du développement de l'enfant ; **IED** : Inventaire du développement de l'enfant (Brigance); **MAYSI** : Massachusetts Youth Screening Instrument; **PEDS** : Parents' Evaluation of Developmental Status; **PSC** : Pediatric Symptom Checklist; **PYD-5C** : Positive Youth Development – 5C; **SDQ** : Strengths and Difficulties Questionnaire; **SQIFA** : Screening Questionnaire Interview for Adolescents.

ANNEXE O

Fiches descriptives des outils de dépistage recensés

Notes importantes

- Les outils de dépistage des difficultés et retards liés au développement recensés dans la littérature scientifique qui répondent aux critères suivants sont décrits dans les fiches-synthèses de la présente section :
 - être utilisés dans un contexte de dépistage des difficultés et retards liés au développement ;
 - couvrir au moins deux sphères de développement ;
 - pour les outils conçus spécifiquement pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, avoir fait l'objet d'une validation auprès d'enfants sous la protection de la jeunesse;
 - pouvoir être administrés par un intervenant en protection de la jeunesse.
- Les outils qui présentent les caractéristiques suivantes **ne sont pas décrits** dans les fiches-synthèses :
 - outils qui sont utilisés uniquement dans le cadre d'un processus médical de surveillance du développement (p. ex. : ABCdaire 18 mois +) ou dans le but d'établir un diagnostic ;
 - outils de dépistage couvrant une seule sphère de développement (p. ex. : développement du langage) ou une seule problématique (p. ex. : toxicomanie, autisme) ;
 - outils de dépistage, ou versions de l'outil, dont l'usage est restreint à un membre d'un ordre professionnel, un enseignant ou un membre du corps médical (p. ex. : un médecin, une infirmière).
- Les informations contenues dans les fiches-synthèses ont été tirées dans un premier temps du manuel ou du site web officiel de l'outil. À noter que les informations ont à l'occasion été complétées à partir de répertoires d'outils, dont voici les références :

American Institutes for Research. Are you ready to assess social and emotional development? SEL Solutions Tools Index. American Institutes for Research 2015.
Disponible à :
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=eric3&AN=ED577551>.

Beauregard, D., L. Comeau et J. Poissant (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. 78 pages.

Birman D et Chan WY. Screening and assessing immigrant and refugee youth in school-based mental health programs. Issue Brief No. 1. *Center for Health and Health Care in Schools* 2008.

- Bradford S et Rickwood D. Psychosocial assessments for young people: a systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2012;3:111-25.
- Deighton J, Croudace T, Fonagy P, Brown J, Patalay P, Wolpert M. Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: A review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2014;8.
- El-Behadli AF, Neger EN, Perrin EC, Sheldrick RC. Translations of developmental screening instruments: An evidence map of available research. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2015;36(6):471-83.
- McCrae JS et Brown SM. Systematic review of social–emotional screening instruments for young children in child welfare. *Research on Social Work Practice* 2018;28(7):767-88.
- Miles S, Fulbrook P, Mainwaring-Magi D. Evaluation of standardized instruments for use in universal screening of very early school-age children: Suitability, technical adequacy, and usability. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2018;36(2):99-119.
- Moodie S, Daneri P, Goldhagen S, Halle T, Green K, LaMonte L. Early childhood developmental screening: A compendium of measures for children ages birth to five. *OPRE Report 2014-11*. US Department of Health and Human Services 2014;
- National Child Traumatic Stress Network. All measure reviews. Disponible à l'adresse : <https://www.nctsn.org/treatments-and-practices/screening-and-assessments/measure-reviews/all-measure-reviews>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Répertoire d'instruments de mesure, de programmes et d'outils d'intervention. Disponible (dans la section réservée aux membres de l'OPPQ seulement) à l'adresse : <https://www.ordrepsed.qc.ca/fr/membre/repertoire-dinstrument/>
- Portail Enfance et Familles, Module Évaluation de l'enfant. Université de Montréal. Disponible à l'adresse : <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/evaluation-du-developpement/>
- Ringwalt SC. Developmental screening and assessment instruments with an emphasis on social and emotional development for young children ages birth through five. National Early Childhood Technical Assistance Center (NECTAC) 2008.
- Les références citées dans la rubrique « Autres références pertinentes » renvoient aux articles sélectionnés dans le cadre de la recension systématique des écrits réalisée pour cet avis.
 - Les références accompagnées d'un * renvoient à des articles portant sur un échantillon composé d'enfants ou de jeunes recevant des services de la protection de la jeunesse.
 - Les références accompagnées d'un ** renvoient à des articles portant sur un échantillon composé d'enfants ou de jeunes issus de communautés autochtones.

ABORIGINAL CHILDREN'S HEALTH AND WELL-BEING MEASURE (ACHWM)

	Auteur, année	Young, Wabano et Ritchie, 2016
	Clientèle visée	Jeunes autochtones (Premières Nations, Inuit, Métis) âgés entre 8 et 18 ans
	Objectif de l'outil	Mesurer le bien-être, la santé et la qualité de vie des jeunes autochtones du Canada
	Sphères de développement	Santé et bien-être, représentés par les quatre quadrants de la roue de la médecine : • santé spirituelle • santé émotionnelle • santé physique • santé mentale
	Outil centré sur les forces	Non documenté
	Langue disponible	Anglais et français

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	10-15 minutes	Manuel non disponible	Formation facultative, en présentiel ou en ligne
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Tablette électronique Android	Jeunes âgés entre 8 et 18 ans	Intervenant en santé et services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	62 items (59 items à choix multiples + 3 questions ouvertes)	Calcul automatiquement du score global (tous les items) et le score des quatre sous-échelles via l'application	• Visualisation des résultats sous forme de roue de la médecine • Les participants identifiés comme ayant potentiellement besoin de soutien clinique sont référés vers un membre de l'équipe locale de santé mentale, qui clarifie les réponses données et détermine si un problème est présent.	

ABORIGINAL CHILDREN'S HEALTH AND WELL-BEING MEASURE (ACHWM)

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	► Cohérence interne (Young et al., 2016) : • Échelle totale : $\alpha = 0,93$ • Sous-échelles : $\alpha = 0,52$ à $0,88$ ► Fidélité test-retest (2 passations la même journée) (Young et al., 2016): $r = 0,95$	► Validité de contenu • Enfants autochtones ont participé à des consultations pour identifier les concepts pertinents liés à la santé et au bien-être (Young et al., 2013). • Identification des questions interprétées incorrectement par les enfants/parents afin d'assurer la pertinence culturelle des items et la validité de contenu (Young et al., 2015). • Outil modifié à la suite de consultations auprès de représentants de quatre communautés, d'enseignants, de spécialistes en santé mentale et d'enfants. Les questions finales ont été approuvées par les enfants ayant participé aux groupes de discussion d'origine et par les représentants des communautés consultées (Young et al., 2017). • Outil approuvé par les chefs de l'Ontario et appuyé par le Chef du grand conseil de la nation Anishinabek (Young et al., 2017). ► Validité convergente • Corrélation significative entre l'ACHWM et le PedsQL ($r = 0,52$) (Young et al., 2015) ► Validité critériée (Young et al., 2016) • Sensibilité : $0,75$ • Spécificité : $0,97$

Références

Site web officiel : <http://achwm.ca/public/home>

Autres références pertinentes :

**Young NL, Wabano MJ, Blight S, Baker-Anderson K, Beaudin R, McGregor LF, et al. Relevance of the Aboriginal Children's Health and Well-being Measure beyond Wiikwemkoong. *Rural and Remote Health* 2017;17(2):3941.

**Young NL, Wabano MJ, Usuba K, Mishibinijima D, Jacko D, Burke TA. Reliability of the Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (ACHWM). *SpringerPlus* 2016;5(1):2082.

**Young NL, Wabano MJ, Usuba K, Pangowish B, Trottier M, Jacko D, et al. Validity of the Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure: Aaniish Naa Gegii? *Health and Quality of Life Outcomes* 2015;13:148.

ACHENBACH SYSTEM OF EMPIRICALLY BASED ASSESSMENT (ASEBA)

Inventaire des comportements de l'enfant – Module préscolaire (Child Behavior Checklist for Ages 1½-5; CBCL 1½-5)

Inventaire des comportements de l'enfant – Module scolaire (Child Behavior Checklist for Ages 6-18; CBCL 6-18)

Formulaire d'autoévaluation (Youth Self-Report; YSR 11-18)

	Auteur, année	Achenbach et Rescorla (2000); Achenbach (2001)		
	Clientèle visée	Enfants et adolescents âgés entre 1½ à 18 ans		
	Objectif de l'outil	- ASEBA est un système d'évaluation incluant une variété d'outils conçus pour les enfants, les adolescents et les adultes (1½ ans à plus de 90 ans) - Évaluer les compétences, les forces, le fonctionnement adaptatif, les problèmes comportementaux, émotionnels et sociaux		
	Sphères de développement	Échelles empiriques (syndrome) : - Réactivité émotionnelle (version CBCL 1½-5) - Problèmes de sommeil (version CBCL 1½-5) - Anxiété/dépression - Plaintes somatiques - Retrait/dépression - Problèmes d'attention - Comportements agressifs - Problèmes sociaux (version CBCL 6-18 / YSR) - Comportements d'opposition (version CBCL 6-18 / YSR) - Problèmes de la pensée (version CBCL 6-18 / YSR)	Échelles globales : - Intériorisée - Extériorisée - Totale Échelles orientées vers les critères du DSM : - Troubles envahissants du développement (version CBCL 1½-5) - Troubles affectifs - Troubles anxieux - Troubles de déficit d'attention/hyperactivité - Trouble oppositionnel avec provocation - Problèmes somatiques (version CBCL 6-18 / YSR) - Troubles des conduites (version CBCL 6-18 / YSR)	Échelle de développement du langage (pour enfants âgés de 18-35 mois) Échelles de compétences : (version CBCL 6-18 / YSR) - Activités - Vie sociale - Vie scolaire
	Outil centré sur les forces	Questions centrées sur les forces permettent au répondant de décrire de façon positive l'enfant		
	Langue disponible	- Disponibilité dans plus de 100 langues, dont le français et l'anglais. - Manuels et logiciels d'interprétation disponibles en anglais seulement.		

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	20-40 minutes	Manuel disponible	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou en ligne) ou entrevue	Parent (CBCL 1½ et CBCL 6-18) Adolescents de 11 à 18 ans (YSR)	Professionnels formés (ex : psychologue, psychiatre, spécialiste de la santé mentale, travailleur social, médecin)	Payant - coût non récurrent (logiciel, manuel, supplément multiculturel) - coût récurrent pour l'achat de questionnaire
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	- Comportements : 99 items à 113 items - Évaluation du langage (version CBCL 1½ - 5) : 8 questions et liste de 310 mots - Compétences (version CBCL 6-18 / YSR) : 13 items	Échelle Likert en 3 points : ne s'applique pas; plus ou moins vrai; toujours ou souvent vrai	- Feuille sommaire établissant un profil pour les échelles évaluées - Logiciel de correction informatique disponible - Normes selon l'âge et le sexe; scores T, percentiles - Classe les enfants selon 1) normalité, 2) limite, 3) difficultés cliniques - Population de référence américaine mais des normes sont également disponibles pour différentes cultures dans le Multicultural supplement to the manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles (Achenbach et Rescorla, 2010) ou le logiciel (ASEBA, 2013)	

ACHENBACH SYSTEM OF EMPIRICALLY BASED ASSESSMENT (ASEBA)

Propriétés psychométriques

- Le nombre d'études scientifiques utilisant l'ASEBA regroupe plus de 8000 publications auprès plus 80 groupes culturels différents.



FIDÉLITÉ :

- Cohérence interne (CBCL 1 ½-5 / CBCL 6-18 / YSR) :
 - échelles empiriques : $\alpha = 0,66$ à $0,92$ / $0,78$ à $0,94$ / $0,71$ à $0,86$
 - échelles globales : $\alpha = 0,89$ à $0,95$ / $0,90$ à $0,97$ / $0,90$ à $0,95$
 - échelles du DSM : $\alpha = 0,63$ à $0,86$ / $0,72$ à $0,91$ / $0,67$ à $0,83$
- Fidélité test-retest (intervalle moyen de 8 jours) (CBCL 1 ½-5 / CBCL 6-18 / YSR) :
 - échelles empiriques : $r = 0,68$ à $0,92$ / $0,82$ à $0,92$ / $0,67$ à $0,88$
 - échelles globales : $r = 0,87$ à $0,90$ / $0,91$ à $0,94$ / $0,80$ à $0,87$
 - échelles du DSM-IV : $r = 0,74$ à $0,87$ / $0,80$ à $0,93$ / $0,68$ à $0,86$
- Fidélité inter-juges (CBCL 1 ½-5 / CBCL 6-18 / YSR) :
 - Mères vs pères : corrélations significatives, $r = 0,48$ à $0,67$ / $0,57$ à $0,88$ / -
 - Parents vs éducateurs/enseignants : corrélations significatives, $r = 0,21$ à $0,58$ / $0,12$ à $0,44$
 - Parents (CBCL 6-18) vs jeunes (YSR) : corrélations significatives, $r = 0,37$ à $0,60$

VALIDITÉ :

- Validité de contenu
 - Sélection et révision des items basées sur les données issues de la recherche, sur la consultation d'experts et sur différentes versions pilote testées et révisées auprès de parents, de jeunes, d'éducateurs et d'enseignants.
 - Chacun des items lié à une échelle de syndrome ou jugé par un professionnel de la santé mentale comme étant très lié à un diagnostic du DSM.
 - Révision des échelles orientées sur le DSM conduite afin d'être cohérentes avec le DSM-V (voir sur le site de l'ASEBA).
- Validité convergente
 - Corrélations significatives entre
 - CBCL 1 ½-5 et le Richman Behavior Checklist (BCL) ($r = 0,58$) et le Toddler Behavior Screening Inventory ($r = 0,70$)
 - CBCL 6-18 et plusieurs outils (dont le Conners et le Behavior Assessment System for Children - BASC)
 - YSR et plusieurs outils (ex: Conners, BASC).
- Validité critériée
 - L'instrument discrimine bien les enfants qui se situent dans la normale des enfants qui présentent des problèmes cliniques selon les points de coupure
 - CBCL 1 ½-5 classe correctement 84 % des enfants (faux positifs 7%; 8 % faux négatifs)
 - CBCL 6-18 classe correctement 87% des enfants (faux positifs 9%; faux négatifs 4%)
 - YSR classe correctement 80% des enfants (faux positifs 14%; faux négatifs 7%)
 - Sensibilité/spécificité (CBCL 1 ½-5 / CBCL 6-18 / YSR) : $0,85/0,90$; $0,92/0,82$; $0,80/0,90$

Références

Site web officiel : <https://aseba.org/>

Site web du distributeur : <http://www.irpcanada.com>

Référence du manuel :

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M. et Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles : An integrated system of multi-informant assessment. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M. (2013). CBCL/6-18 DSM-oriented profiles for boys and girls. Burlington, VT: ASEBA, University of Vermont.

Achenbach, T. M. (2009). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T.M. (2012) Multicultural guide for the ASEBA for ages 1½ -18. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M. et Rescola, L. A. (2012). Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (3e éd.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Autres références pertinentes :

Ebesutani C, Bernstein A, Martinez JI, Chorpita BF, Weisz JR. The Youth Self Report: Applicability and validity across younger and older youths. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2011;40:338-46.

*Gonzalez-Garcia C, Bravo A, Arruabarrena I, Martin E, Santos I, Del Valle JF. Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. Children and Youth Services Review 2017;73:100-6.

*Janssens A et Deboutte D. Erratum to: Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). European Child & Adolescent Psychiatry 2010;19(2):167.

*Undheim AM, Lydersen S, Kaye NS. Do school teachers and primary contacts in residential youth care institutions recognize mental health problems in adolescents? Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2016;10:19.

AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES (ASQ-3)

	Auteur, année	Squires et Bricker (3 ^e édition; 2009)
	Clientèle visée	Enfants de 1-66 mois
	Objectif de l'outil	Évaluer le développement global des enfants âgés de 1 à 66 mois
	Sphères de développement	• Communication • Motricité globale • Motricité fine • Résolution de problèmes • Aptitudes individuelles ou sociales
	Outil centré sur les forces	Met en lumière autant les forces que les difficultés de l'enfant
	Langue disponible	• Plusieurs langues, dont le français et l'anglais • Manuel disponible en anglais seulement • Une version adaptée de l'ASQ-3 pour les enfants autochtones d'Australie est également disponible : ASQ-TRAK (Talking About Raising Aboriginal Kids; D'Aprano et al., 2016)

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Trousse nécessaire (ex : crayons, livre à colorier, miroir, casse-tête, blocs de constructions, etc.)	10-15 minutes	Manuel disponible	Formation non obligatoire mais recommandée
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou en ligne) ou entrevue	Parent	Intervenant de la santé et des services sociaux ou autre personnel de la petite enfance	Payant • coût non récurrent (guide de l'utilisateur, guide de démarrage, questionnaires) • licence institutionnelle disponible
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	30 items	Échelle Likert en 3 points : pas encore; parfois; oui	• L'administrateur cote le questionnaire avec un système de notation simple : 0 (pas encore), 5 (parfois) et 10 (oui). • Pour chaque domaine de développement, le professionnel compare le score de l'enfant aux points de coupure de l'outil (scores seuils basés sur la recherche empirique). • Scores au-dessus ou près du score seuil : le développement général de l'enfant s'effectue normalement. • Scores entre 1 à 2 écart-types en-dessous de la moyenne : l'enfant doit être surveillé, un autre dépistage peut être souhaitable dans quelques mois. • Scores de 2 écart-types en-dessous de la moyenne : l'enfant peut être à risque de retards de développement, doit être référé vers une évaluation plus approfondie. • Une feuille résumant les principaux résultats sous forme de graphique peut servir de base à la rétroaction avec le parent.	

AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES (ASQ-3)

Propriétés psychométriques



FIDÉLITÉ :

- ▶ Cohérence interne :
 - Communication : $\alpha = 0,57$ à $0,83$
 - Motricité globale : $\alpha = 0,57$ à $0,87$
 - Motricité fine : $\alpha = 0,51$ à $0,83$
 - Résolution de problème : $\alpha = 0,53$ à $0,78$
 - Aptitudes individuelles ou sociales : $\alpha = 0,51$ à $0,83$
- ▶ Fidélité test-retest (2 semaines) : $r = 0,75$ à $0,82$ / 92% d'accord
- ▶ Fidélité inter-juges (parent/professionnel) : $r = 0,43$ à $0,69$ / 93% d'accord

VALIDITÉ :

- ▶ Validité de contenu :
 - Choix des items basés sur une variété de sources
 - Version pilote testée aux États-Unis
 - Modifications apportées aux questionnaires à travers 2 révisions majeures (en 1999 et en 2009)
- ▶ Validité convergente
 - Corrélations significatives entre l'ASQ et plusieurs outils, dont le Batelle Developmental Inventory (BDI), le Bayley Scales of Infant Development, le Revised Geselle and Amatruda Developmental, le Neurological Examination, le Stanford-Binet Intelligence Scale et le MacCarthy Scales (accord global des questionnaires est de 83%, étendue de 76% à 91%)
- ▶ Validité critériée
 - Sensibilité (point de coupure à 2 écarts-type) : $0,83-0,89$
 - Spécificité (point de coupure à 2 écarts-type) : $0,78-0,92$

Pour l'ASQ-TRAK (autochtones) :

Les adaptations apportées à l'ASQ-3, y compris la modification des items, la traduction dans la langue autochtone locale, les illustrations de tous les éléments et l'administration par interview, a abouti à une version plus accessible aux parents autochtones. Les propriétés psychométriques de l'ASQ-TRAK n'ont pas été évaluées (D'Aprano et al., 2016).

Références

Site web officiel : <https://agesandstages.com>

Site web du distributeur : www.brookespublishing.com

Référence du manuel :

Squires, J., Twombly E., Bricker, D. et Potter, L. (2009). ASQ-3. User's Guide (3e éd.). Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.

Autres références pertinentes :

**Ball J. Culturally appropriate implementation of the Ages and Stages Questionnaire in Aboriginal Head Start Programs in BC: Findings and recommendations. Consultation and review prepared for the Public Health Agency of Canada; 2008.

**D'Aprano A, Silburn S, Johnston V, Robinson G, Oberklaid F, Squires J. Adaptation of the Ages and Stages Questionnaire for remote Aboriginal Australia. Qualitative Health Research 2016;26(5):613-25.

**Dionne C, McKinnon S, Squires J, Clifford J. Developmental screening in a Canadian First Nation (Mohawk): Psychometric properties and adaptations of Ages & Stages Questionnaires (2nd edition). BMC Pediatrics 2014;14:23.

*Jee SH, Conn A-M, Szilagyi PG, Blumkin A, Baldwin CD, Szilagyi MA. Identification of social-emotional problems among young children in foster care. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2010;51(12):1351-8.

*Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, Norton A, Conn A-M, Blumkin A, Szilagyi PG. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. Pediatrics 2010;125:282-9.

*McCrae JS, Cahalane H, Fusco RA. Directions for developmental screening in child welfare based on the Ages and Stages Questionnaires. Children and Youth Services Review 2011;33:1412-8.

AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES : SOCIAL-EMOTIONAL (ASQ:SE-2)

	Auteur, année	Squires, Bricker et Twombly (2 ^e édition; 2015)
	Clientèle visée	Enfants de 1-72 mois
	Objectif de l'outil	Évaluer le développement socio-émotionnel des enfants âgés de 1 à 72 mois (complément de l'ASQ-3)
	Sphères de développement	• Auto-régulation • Docilité (compliance) • Communication • Comportements adaptatifs • Autonomie • Affect • Interactions avec les personnes
	Outil centré sur les forces	Les compétences et les comportements problématiques sont évalués.
	Langue disponible	Anglais, espagnol et français

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	10 à 15 minutes	Manuel disponible	Formation non obligatoire mais recommandée
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou en ligne) ou entrevue	Parent	Éducateurs de la petite enfance et professionnels de la santé	Payant • coût non récurrent (guide de l'utilisateur, guide de démarrage, questionnaires) • licence institutionnelle disponible
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	36 items	Échelle Likert en 3 points : la plupart du temps; parfois; rarement ou jamais	• L'administrateur cote le questionnaire avec un système de notation simple : 0, 5 et 10 • Pour chaque domaine de développement, le professionnel compare le score de l'enfant aux points de coupure de l'outil (scores seuils basés sur la recherche empirique). • Scores au-dessus ou près du score seuil : le développement général de l'enfant s'effectue normalement. • Scores entre 1 à 2 écart-types en-dessous de la moyenne : l'enfant doit être surveillé, un autre dépistage peut être souhaitable dans quelques mois. • Scores de 2 écart-types en-dessous de la moyenne : l'enfant peut être à risque de retards de développement, doit être référé vers une évaluation plus approfondie. • Une feuille résumant les principaux résultats sous forme de graphique peut servir de base à la rétroaction avec le parent.	

AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES : SOCIAL-EMOTIONAL (ASQ:SE-2)

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	► Cohérence interne : $\alpha = 0,71$ à $0,91$ ($M = 0,84$) ► Fidélité test-retest (1-3 semaines) : $r = 0,91$; 89% d'accord	► Validité de contenu : • Choix des items basés sur une variété de sources, dont une recension de la littérature et l'étude des outils existants. • Version pilote testée aux États-Unis • Modifications apportées aux questionnaires à la suite d'une révision de la première version de l'outil ► Validité convergente • Corrélations significatives entre l'ASQ :SE-2 et plusieurs outils (Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers (DECA-IT), the Infant Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA), and the Child Behavior Checklist (CBCL) : accords varient de 77% à 89% ($M=83\%$) ► Validité critériée • Sensibilité : $0,78$ à $0,84$ ($M=0,81$) • Spécificité : $0,76$ à $0,98$ ($M=0,84$)

Références

Site web officiel : <https://agesandstages.com>

Site web du distributeur : www.brookespublishing.com

Référence du manuel :

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). The ASQ:SE-2 User's Guide: Paul H. Brookes Publishing Co. Inc.

Autres références pertinentes :

*Jee SH, Conn A-M, Szilagyi PG, Blumkin A, Baldwin CD, Szilagyi MA. Identification of social-emotional problems among young children in foster care. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2010;51(12):1351-8.

BRIEF ASSESSMENT CHECKLIST FOR CHILDREN (BAC-C) / FOR ADOLESCENT (BAC-A)

	Auteur, année	Tarren-Sweeney, 2007
	Clientèle visée	- Enfants de 4 à 11 ans (BAC-C) et adolescents de 12 à 17 ans (BAC-A) - Développé pour les enfants et les adolescents en protection de l'enfance.
	Objectif de l'outil	- Dépister les problèmes de santé mentale rencontrés par les enfants et les adolescents pris en charge par la protection de l'enfance. - Dérivés de l'Assessment Checklist for Children (ACC, 120 items) et de l'Assessment Checklist for Adolescents (ACA, 105 items).
	Sphères de développement	Difficultés sociales, comportementales et émotionnelles
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Anglais, allemand, néerlandais, espagnol

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	10 à 15 minutes	Instruction en ligne	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire	Parent ou tuteur	Professionnels de la santé et des services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	20 items	- Échelle Likert en 3 points : pas vrai; en partie vrai; souvent vrai - Somme des items fournit un score total (étendue : 0-40)	Référence pour évaluation approfondie si score total ≥ 7	

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	- Cohérence interne : - BAC-C : $\alpha = 0,89$ - BAC-A : $\alpha = 0,87$	- Validité de contenu - Sélection des items en fonction des comportements/difficultés fréquemment rencontrés chez les enfants en protection de l'enfance et sur la capacité des items à discriminer entre le score normal et le score clinique sur l'ACC et le CBCL. - Items revus par des cliniciens et des parents d'accueil - Analyse factorielle satisfaisante - Validité convergente - Corrélations significatives entre BAC et CBCL : $r = 0,82$ (BAC-C) / $r = 0,88$ (BAC-A) - Validité critériée - BAC-C/BAC-A permettent d'identifier les enfants qui présentent des problèmes de santé mentale de niveau clinique en comparant avec : - Assessment Checklist for Children (ACC): AUC = 0,96 à 0,99 - Child Behavior Checklist (CBCL): AUC BAC-C = 0,89 à 0,92 / AUC BAC-A = 0,93 à 0,94 - Enfants qui reçoivent des services en santé mentale : AUC BAC-C = 0,74 / AUC BAC-A = 0,79

BRIEF ASSESSMENT CHECKLIST FOR CHILDREN (BAC-C) / FOR ADOLESCENT (BAC-A)

Références

Site web officiel : <http://www.childpsych.org.uk/>

Autres références pertinentes :

*Denton R-N. The assessment of mental health in looked-after adolescents: An exploratory study of the Brief Assessment Checklist for Adolescents. Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide 2018;75(1-C).

*Frogley C. Assessing the mental health needs of looked after children: A study investigating the utility of the Brief Assessment Checklist for Children. Dissertation Abstracts International Section C: Worldwide 2018;75.

*Goemans A, Tarren-Sweeney M, van Geel M, Vedder P. Psychosocial screening and monitoring for children in foster care: Psychometric properties of the Brief Assessment Checklist in a Dutch population study. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2018;23(1):9-24.

*Tarren-Sweeney M, Goemans A, Hahne AS, Gieve M. Mental health screening for children in care using the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Brief Assessment Checklists: Guidance from three national studies. Developmental Child Welfare 2019;1(2):177-96.

BEHAVIOR ASSESSMENT SYSTEM FOR CHILDREN (BASC-3)

QUESTIONNAIRE DES PARENTS (PRS)
AUTO-ÉVALUATION DE L'ENFANT (SRP)

	Auteur, année	Kamphaus et Reynolds (2015)		
	Clientèle visée	Enfants et adolescents 2 à 25 ans		
	Objectif de l'outil	- Système d'évaluation qui comprend plusieurs outils pour mesurer les troubles émotionnels et comportementaux des jeunes, dont le Questionnaire des parents (Parent Rating Scales; PRS) et l'Auto-évaluation de l'enfant (Self-Report of Personality; SRP) - Vise à mesurer le fonctionnement comportemental, émotionnel, social et scolaire des jeunes. - Questionnaire des parents : - Version préscolaire (PRS-P : 2-5 ans) - Version enfant (PRS-C : 6-11 ans) - Version adolescent (PRS-A : 12-21 ans) - Auto-évaluation de l'enfant : - Version jeune enfant (SRP-I : 6-7 ans) - Version enfant (SRP-C : 8-11 ans) - Version adolescent/jeune adulte (SRP-A : 12-25 ans)		
	Sphères de développement	Variable selon les versions PRS et SRP Échelles de composantes : - Habiletés adaptatives - Indice des symptômes comportementaux - Problèmes d'externalisation - Problèmes d'internalisation - Problèmes scolaires - Score total Échelles cliniques : - Hyperactivité - Agressivité - Problèmes de conduite - Anxiété - Dépression - Somatisation - Troubles de l'attention - Anomalie - Retrait	- Attitude à l'école / envers les enseignants - Stress social - Recherche de sensations - Somatisation Échelles adaptatives : - Adaptabilité - Habiletés sociales - Leadership - Activités de la vie quotidienne - Communication fonctionnelle - Relations avec les parents / relations interpersonnelles - Estime de soi - Autonomie Échelles de contenu : - Contrôle de la colère - Émotions négatives - Fonctionnement exécutif - Harcèlement	- Maîtrise de soi émotionnelle - Résilience - Troubles du développement social - Manie - Anxiété face à l'évaluation Indices cliniques : - Indice de probabilité du TDAH (version enfant / adolescent seulement) - Indice de probabilité de l'autisme (version enfant / adolescent seulement) - Indice de probabilité de perturbation émotionnelle/comportementale (version préscolaire seulement) - Indice de déficience fonctionnelle
	Outil centré sur les forces	Détermine les forces et les faiblesses de l'enfant		
	Langue disponible	Anglais, espagnol, français		

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	- PRS : 10 à 20 minutes - SRP : 20 à 30 minutes	Manuel disponible	Non, vidéos disponibles gratuitement en ligne
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou en ligne) ou entrevue	- Parent (PRS) - Jeune (SRP)	Professionnels (instrument réservé aux personnes ayant des qualifications en psychométrie, ayant suivi une formation supérieure en psychologie ou une formation universitaire en administration d'instrument de mesure)	Payant - coût non récurrent (trousse de départ) - coût récurrent pour l'achat de questionnaires ou abonnement à la cotation électronique

BEHAVIOR ASSESSMENT SYSTEM FOR CHILDREN (BASC-3)

Modalités de passation et de cotation

	Nombre d'items	Cotation Interprétation	Interprétation
	- PRS : Entre 139 et 175 items, selon les versions - SRP : Entre 65 et 189 items, selon les versions	- Échelle de Likert en 4 points ou échelle dichotomique (vrai/faux) - Compilation des échelles avec le système Q-global (format électronique) - Normes générales et normes cliniques selon l'âge et le sexe, scores T, percentiles; normes critériées ou seuil clinique	Somme des items transformée en score T, les scores T plus élevés reflètent plus de problèmes.

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	► Cohérence interne (échantillon clinique) (PRS): - Échelles des composantes : 0,95 à 0,97 - Échelles cliniques et adaptatives : 0,77 à 0,92 - Échelle de contenu : 0,87 à 0,92 - Indices cliniques : 0,88 à 0,94 ► Fidélité test-retest (1 mois) (PRS): - Échelles des composantes : 0,88 à 0,92 - Échelles cliniques et adaptatives : 0,81 à 0,90 - Échelle de contenu : 0,80 à 0,92 - Indices cliniques : 0,82 à 0,91 ► Fidélité inter-juges (2 parents) (PRS) : - Version préscolaire / version enfant / version adolescent : - Échelles des composantes : $r = 0,70$ à $0,82$ / $0,59$ à $0,75$ / $0,77$ à $0,87$ - Échelles cliniques et adaptatives : $r = 0,60$ à $0,80$ / $0,47$ à $0,75$ / $0,62$ à $0,85$ - Échelles de contenu : $r = 0,68$ à $0,79$ / $0,64$ à $0,74$ / $0,70$ à $0,81$ - Indices cliniques : $r = 0,80$ à $0,81$ / $0,65$ à $0,74$ / $0,71$ à $0,79$	► Validité de contenu : - sélection des items basée sur les données issues de la recherche concernant les problèmes de comportements ou de développement et sur la consultation d'experts en santé mentale et en éducation - études pilotes effectuées auprès de parents, d'éducateurs et d'enfants ► Validité convergente : - corrélations significatives du PRS avec différents outils, dont BASC-2, ASEBA, Autism Spectrum Rating Scales, Conners 3 et Delis Rating of Executive Functions - corrélations significatives du SRP avec différents outils, dont CDI 2, RCMAS, BASC-2, Conners 3, ASEBA, BYI-II, MMPI-A ► Validité critériée : - outil discrimine bien les enfants qui se situent dans la normale des enfants qui présentent des problèmes cliniques selon les points de coupure de l'instrument - Sensibilité : 0,82 - Spécificité : 0,96

Références

Site web du distributeur : <https://www.pearsonclinical.ca/>

Référence du manuel :

Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2015). BASC-3 Système d'évaluation du comportement de l'enfant - Manuel (3e éd.) (version pour francophones du Canada). Toronto, Ontario: Pearson Assessment Canada.

Autres références pertinentes :

Dowdy E, Chin JK, Twyford JM, Dever BV. A factor analytic investigation of the BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System Parent Form: Psychometric properties, practical implications, and future directions. Journal of School Psychology 2011;49:265-80.

BATTELLE DEVELOPMENTAL INVENTORY, 2ND EDITION NORMATIVE UPDATE (BDI-2 NU), VERSION ABRÉGÉE

	Auteur, année	Newborg (2 ^e édition, 2016)
	Clientèle visée	Enfants de 0 à 7 ans
	Objectif de l'outil	Mesurer les progrès d'un enfant tout au long du continuum de développement, par domaines et par ensembles de compétences distincts
	Sphères de développement	5 domaines et 13 sous-domaines : - Personnel et social - interactions avec les adultes - interactions avec les pairs - concept de soi et rôle social - Comportements adaptatifs - soins personnels - responsabilité personnelle - Moteur - motricité globale - motricité fine - habiletés perceptivo-motrices - Communication - communication réceptive - communication expressive - Habiletés cognitives - attention et mémoire - raisonnement et habiletés académiques - perception et concepts
	Outil centré sur les forces	Évalue les forces et les besoins
	Langue disponible	Anglais et espagnol

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Trousse d'administration	10 à 30 minutes	Manuel disponible	Oui
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Entrevue (avec le parent) et observation des habiletés de l'enfant par l'examineur	Parent et observation de l'enfant	Professionnels (dont éducateurs en petite enfance)	Payant - coût non récurrent (manuel) - coût récurrent pour l'achat de questionnaires
	Nombre d'items	Cotation		Interprétation
	100 items (questions, manipulation et tâches à accomplir par l'enfant)	- Pour chaque item, un score de 0, 1 ou 2 est attribué en fonction de la performance de l'enfant. - Établissement du niveau de base (trois scores consécutifs de « 2 ») et du niveau plafond (trois scores consécutifs de « 0 ») de l'enfant pour chaque domaine et sous-domaine évalué. - Peut être effectuée à la main ou avec le questionnaire de données BDI-2 NU		Feuille sommaire des résultats permettant une interprétation pour chaque domaine évalué (scores, quotients, percentiles, intervalles de confiance et âge équivalent) ainsi qu'un quotient global de développement.

BATTELLE DEVELOPMENTAL INVENTORY, 2ND EDITION NORMATIVE UPDATE (BDI-2 NU), VERSION ABRÉGÉE

Propriétés psychométriques



FIDÉLITÉ :

- Cohérence interne : $\alpha = 0,85-0,95$
- Fidélité test-retest : $r = 0,87-0,93$ pour les domaines et $r = 0,74-0,91$ pour les sous-domaines
- Fidélité inter-juges : $r = 0,97-0,99$

VALIDITÉ :

- Validité de contenu : supportée par le contenu de la version antérieure de l'outil (BDI), une revue de littérature, une consultation d'experts.
- Validité convergente : corrélation significatives avec les scores du Bayley Scales of Infant Development sur des construits similaires ($r = 0,48$ à $0,75$)
- Validité critériée (auprès de 142 enfants américains âgés entre 2 et 62 mois) :
 - Sensibilité : $0,77-0,87$
 - Spécificité : $0,74-0,94$

Références

Site web du distributeur : Riverside Publishing (www.riversidepublishing.com)

Référence du manuel :

Newborg, J. (2005). Battelle Developmental Inventory, 2nd edition, Examiner's Manual. Itasca, IL: Riverside Publishing.

Autres références pertinentes :

Elbaum B, Gattamorta KA, Penfield RD. Evaluation of the Battelle Developmental Inventory, 2nd Edition, Screening Test for use in states' child outcomes measurement systems under the Individuals with Disabilities Education Act. Journal of Early Intervention 2010;32:255-73.

CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS (CANS)

	Auteur, année	Lyons, Griffin, Fazio & Lyons, 1999
	Clientèle visée	• Enfants de 0 à 18 ans présentant des symptômes de problèmes de santé mentale. • Plusieurs versions de l'outil disponibles dont dans les domaines de la protection de l'enfance (CANS-CW), la santé mentale (CANS-MH), la justice pour mineurs (CANS-JJ) et l'intervention précoce (CANS-DD).
	Objectif de l'outil	• Outil de synthèse d'information conçu pour aider les intervenants à prendre des décisions pour l'enfant sur le plan du niveau de soins, de la planification des services et du suivi. • Permettre de communiquer efficacement avec les personnes concernées.
	Sphères de développement	Pour la version CANS-CW (child welfare) • Fonctionnement • Sécurité de l'enfant • Santé mentale • Comportements à risque • Abus de substances • Comportements criminels et délinquants • Gestion des soins • Besoins et forces des parents / de la famille / des responsables • Forces de l'enfant
	Outil centré sur les forces	Mesure les forces et les besoins des enfants, des adolescents et de leur famille.
	Langue disponible	Plusieurs langues dont l'anglais et le français

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	Variable	Manuel disponible	Oui, formation annuelle et certification requise (en ligne ou en présence)
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Entrevue	Parents/tuteur et enfants/jeunes	Intervenant de la santé ou des services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	Varie selon les versions de l'outil (pour la version CANS-CW : 65 items)	• L'évaluateur rapporte consciencieusement les informations transmises de façon verbale par le répondant • Chaque question est accompagnée d'une échelle d'évaluation à 4 niveaux. Ces niveaux sont conçus pour se traduire immédiatement en niveaux d'intervention.	Items ne sont pas additionnés, chaque item représente une cible d'intervention potentielle. Pour les besoins : 0. aucun signe de besoin ; 1. attente sous surveillance/prévention ; 2. mesures requises ; 3. mesures immédiates/ intervention intensive requises Pour les forces : 0. forces centrales 1. forces utiles 2. forces identifiées 3. aucune force décelée	

CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS (CANS)

Propriétés psychométriques



* Comme il ne s'agit pas d'un outil dont les items sont destinés à être additionnés ou agrégés en facteurs, les analyses psychométriques traditionnelles ne sont pas applicables.

FIDÉLITÉ :

- Fidélité inter-juges entre 2 chercheurs (Anderson & Huffine, 2003): $r = 0,77$ à $0,85$ ($M = 0,81$)
- Fidélité inter-juges sur des vignettes cliniques : $r = 0,75$ / sur des cas réels : $r = 0,85$

VALIDITÉ :

- Validité de contenu
 - questions sélectionnées en fonction de leur pertinence à la planification des services/traitements.
- Validité convergente :
 - CANS corrèle avec d'autres mesures, dont le Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) et le SDQ
- Validité critériée
 - Scores sur les dimensions du CANS distinguent de façon rétrospective les niveaux de soins offerts aux enfants (Lyons, 2004)
 - CANS a été utilisé pour prédire l'utilisation des services et les coûts par 5 groupes de recherche indépendants provenant de 4 états américains (Chor et al, 2012, 2013, 2014; Cardall et al, 2016; Epstein, et al, 2015; Israel, et al, 2015; Lardner, 2015).

Références

Site web du distributeur : <http://praedfoundation.org>

Référence du manuel :

Plusieurs manuels disponibles sur le site web <http://praedfoundation.org>

Autres références pertinentes :

Cordell KD, Snowden LR, Hosier L. Patterns and priorities of service need identified through the Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) assessment. Children and Youth Services Review 2016;60:129-35.

COMPREHENSIVE HEALTH ASSESSMENT TOOL (CHAT)

	Auteur, année	Offender Health Research Network de l'Université de Manchester, 2013
	Clientèle visée	Jeunes contrevenants âgés entre 10 et 18 ans
	Objectif de l'outil	Évaluer la santé globale des jeunes contrevenants et aider à identifier et à répondre à leurs besoins complexes en matière de santé
	Sphères de développement	• Santé physique (système cardio-vasculaire, gastro-intestinal, endocrinien, génital, neurologique et musculosquelettique) • Santé mentale (anxiété, dépression, trouble post-traumatique et TDAH) • Abus de substance (alcool, drogues, utilisation nocive et symptômes de sevrage) • Problèmes neurologiques (lésion traumatique cérébrale, difficulté d'apprentissage et besoin éducationnel, trouble du spectre de l'autisme, problème de langage et de la communication).
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Anglais

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	Environ 85 minutes	Manuel disponible	Formation recommandée
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Entrevue et observation ou examen clinique	Jeune et parent	Professionnel ou clinicien (infirmière, professionnel en santé mentale ou en abus de substances)	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation		Interprétation
	Dépend des réponses du jeune	• Échelle dichotomique (oui/non) : échelles sur la santé physique, la santé mentale et l'abus de substance • Pour chaque « oui » rapporté par le jeune, le professionnel détaille la situation (ex : type de condition, médication utilisée, traitements ou services reçus) • Cotation de l'échelle de problèmes neurologiques basée sur l'observation du jeune et sur les informations obtenues auprès des parents ou autres professionnels.		• Évaluation de la présence ou l'absence de problèmes. • En présence de problèmes, ces derniers se traduisent en besoins de soins ou services pour le jeune et doivent être ajoutés au plan d'intervention.

COMPREHENSIVE HEALTH ASSESSMENT TOOL (CHAT)

Propriétés psychométriques



VALIDITÉ :

- ▶ Validité de contenu :
 - développement du CHAT entrepris à l'aide d'une méthode Delphi combinée à une revue de littérature sur les meilleures pratiques en matière d'évaluation.
 - Consensus d'un groupe d'experts sur les domaines clés à inclure, en se basant sur une recension de la littérature.
 - Version pilote testée auprès de jeunes contrevenants.
- ▶ Précision diagnostique (Chitsabesan et al., 2014) :
 - Santé physique : 0,63
 - Santé mentale : 0,76
 - Abus de substance : 0,83
 - Problèmes neurologiques : 0,53
- ▶ Validité critériée :
 - Sensibilité / spécificité (Chitsabesan et al., 2014) :
 - ▶ Santé physique : 0,64 / 0,59
 - ▶ Santé mentale : 0,70 / 0,76
 - ▶ Abus de substance : 0,95 / 0,18
 - ▶ Problèmes neurologiques : 0,94 / 0,28

Références

Site web du distributeur : <http://www.ohrn.nhs.uk/OHRNResearch/CHAT/>

Référence du manuel :

Offender Health Research Network. (2013). CHAT Manual: Young People in the Secure Estate (version 3). Manchester : University of Manchester.

Autres références pertinentes :

*Chitsabesan P, Lennox C, Theodosiou L, Law H, Bailey S, Shaw J. The development of the comprehensive health assessment tool for young offenders within the secure estate. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology 2014;25:1-25.

DOMINIC INTERACTIF (DI) / DOMINIC INTERACTIF ADOLESCENT-RÉVISÉ (DIA-R)

	Auteur, année	DI: Valla et Digital Interactive Multimedia Assessment Tools Inc. (2008) DIA-R: Valla et Digital Interactive Multimedia Assessment Inc. (2002)
	Clientèle visée	6 à 11 ans (DI) et 12 à 16 ans (DIA)
	Objectif de l'outil	Dépister des problèmes de santé mentale parmi les plus fréquents chez les enfants et les adolescents.
	Sphères de développement	Symptômes de troubles intérieurs : • Tendance aux phobies spécifiques • Tendance à l'anxiété de séparation (DI seulement) • Tendance à l'anxiété généralisée • Tendance à la dépression Symptômes de troubles extérieurs : • Tendance au trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) • Tendance à l'opposition, défiance • Tendance au trouble des conduites (délinquance) Échelle de forces et de compétences (à la maison, à l'école, avec d'autres enfants) <u>Échelles supplémentaires (DIA-R)</u> • Tendance à la consommation d'alcool ou de drogues • Tendance à la phobie sociale • Tendance à la personnalité limite • Échelle de suicidalité
	Outil centré sur les forces	Présence d'une échelle de Forces et compétences
	Langue disponible	• DI : 12 langues dont le français et l'anglais • DIA-R : français et anglais

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Logiciel	15 minutes	Instructions en ligne	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire informatisé (intégrant images et sons)	Enfant ou adolescent	Professionnel de la santé et des services sociaux	Payant • coût non récurrent (logiciel) • coût récurrent pour l'achat de passation (forfait disponible)
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	91 items (DI), 121 items (DIA)	Échelle dichotomique (oui/non)	• Résultat quantitatif (score) fourni pour chacune des échelles, ainsi que pour les symptômes intérieurs, extérieurs et le nombre total de symptômes. • Trois interprétations possibles : • probablement normal (point vert) • il existe un doute (point jaune) (un écart-type $\geq$ la moyenne) • probablement pathologique (point rouge) (2 écarts-types $\geq$ la moyenne)	

GRILLE D'ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT (GED)

	Auteur, année	Pomerleau, Vézina, Moreau, Malcuit et Séguin (2014, 2 ^e édition)
	Clientèle visée	Enfants de 0 à 5 ans
	Objectif de l'outil	Vérifier, en cas de doute, si un enfant de 0 à 5 ans présente un retard de développement au niveau cognitif, moteur et socioaffectif
	Sphères de développement	• Développement cognitif et langagier • Développement moteur • Développement socio-affectif
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Français et anglais

Modalités de passation et de cotation



Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
Trousse incluant un guide d'utilisation, un cahier de vignettes, une clé USB (avec les grilles de cotation, un outil de correction, ainsi que des canevas de rapports de communication des résultats) et le matériel nécessaire à la passation	15 à 45 minutes	Manuel disponible	Formation d'une journée offerte par Humanov-is fortement recommandée
Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
Observation	Enfant de 0-5 ans	Tout intervenant œuvrant auprès des enfants	Payant • Coût non récurrent (trousse)
Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
28 à 47 items, selon l'âge de l'enfant	• Échelle dichotomique (oui/non, échec/réussite) pour qualifier la réalisation de tâches ou de mises en situation qui suscitent des comportements directement observables chez l'enfant • Outil de correction permet de générer les résultats – calcul des scores pour les 3 échelles	• Grille d'interprétation des résultats – permet de situer le score de l'enfant par rapport au score moyen attendu pour son niveau d'âge • Zone de confort (bleue) : Résultat situé entre le score maximum au GED (100) et le score correspondant à 1 écart-type sous la moyenne; développement de l'enfant est dans la norme – Aucune action requise • Zone à surveiller (grise) : Résultat situé entre la borne inférieure de la zone bleue et le score correspondant à 2 écarts-types sous la moyenne; développement de l'enfant à surveiller - orienter l'intervention réalisée auprès de l'enfant en fonction des difficultés identifiées et de réévaluer l'enfant ultérieurement. • Zone de référence (rouge) : Résultat situé entre la borne inférieure de la zone grise et le score minimum au GED; il est recommandé de référer l'enfant vers un professionnel de la santé qui pourra procéder à une évaluation plus exhaustive de son développement.	

GRILLE D'ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT (GED)

Propriétés psychométriques



FIDÉLITÉ :

- Fidélité interjuge :
 - Développement cognitif et langagier : Kappa = 0,87
 - Développement moteur : Kappa = 0,90
 - Développement socio-affectif : Kappa = 0,94

VALIDITÉ :

- Validité de contenu :
 - recours à des experts externes dont la tâche était de vérifier que les items des trois échelles appartiennent réellement à la dimension attribuée.
- Validité convergente :
 - Échelle du développement cognitif et langagier corrèle significativement avec le Bayley et le Stanford-Binet (r de 0,40 à 0,77)
 - Échelle du développement moteur corrèle significativement avec le Bayley et le Stanford-Binet (r de 0,52 à 0,80)
- Validité critériée :
 - Points de coupure du GED établis à partir des scores au Bayley ou au Stanford-Binet
 - Enfants qui obtiennent un score de 60% et plus au GED ont généralement un score au Bayley ou au Stanford-Binet dans la moyenne de la population
 - Enfants qui obtiennent un score inférieur à 50% au GED ont généralement un score qui se situe en-dessous de la moyenne aux outils de comparaison

Références

Site web du distributeur : <https://humanovis.ca/>

http://www.clipp.ca/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&product_id=22&category_id=1&option=com_virtuemart&Itemid=14&lang=fr

<http://www.ged-cdas.ca/fr/>

Autres références pertinentes :

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). Étude de normalisation, Grille d'évaluation du développement (GED). Rapport final. 2009.

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). La grille d'évaluation du développement «GED». Fondements théoriques, description de l'outil, données psychométriques. Montréal, 2007.

Moreau J, Cabaret M, Latulippe R, Dupuis G. Le GED, un outil incontournable en protection de la jeunesse pour une réponse intersectorielle centrée sur les besoins développementaux des tout-petits. Dans : Jeunesse en tête. Au-delà du risque de maltraitance, les besoins de développement des enfants. Presses de l'Université du Québec, 2015.

Moreau J, Latulippe R, Poirier M, Vaillancourt C. La Grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans. De la recherche à l'intervention en petite enfance. Dans: L'échange de connaissances en petite enfance. Comment mettre à profit les expertises des chercheurs et des praticiens. Presses de l'Université du Québec, 2011.

Vézina N. Élaboration et validation de la grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans (GED). Université du Québec à Montréal; 2005.

DOMINIC INTERACTIF (DI) / DOMINIC INTERACTIF ADOLESCENT-RÉVISÉ (DIA-R)

Propriétés psychométriques



FIDÉLITÉ (version DI) :

- Fidélité inter-juges
 - Dépression : $r = 0,77$
 - Anxiété de séparation : $r = 0,74$
 - Phobies spécifiques : $r = 0,70$
 - Anxiété généralisée : $r = 0,73$
 - Opposition : $r = 0,72$
 - Trouble des conduites : $r = 0,71$
 - Hyperactivité ou trouble de l'attention : $r = 0,81$
 - Échelle Tendance à l'intériorisation : $r = 0,79$
 - Échelle Tendance à l'extériorisation : $r = 0,81$

VALIDITÉ (version DI) :

- Validité convergente :
 - corrélations entre le DI et d'autres outils (ex : CBCL) généralement significatives sur les échelles de comportements extériorisés mais corrélations généralement non significatives sur les échelles de comportements intériorisés (Linares Scott et al., 2006).
- Validité critériée :
 - Des valeurs élevées ont été retrouvées pour les Kappas (0,64-0,88) entre les diagnostics effectués par le Dominique Interactif et les diagnostics basés sur le jugement clinique ainsi qu'entre les juges (0,76-0,95) (site web)
 - Outil discrimine les enfants des cliniques externes de pédopsychiatrie de ceux de la population en général, sur l'ensemble des sous-échelles à l'exception de Comportements obsessionnels-compulsifs et Phobies spécifiques (Bergeron et al., 2017)

VALIDITÉ (version DIA) :

- Validité critériée :
 - Des valeurs élevées ont été retrouvées pour les Kappas (0,70-0,99) pour 50 % des symptômes évalués et des Kappas de 0,50 et 0,69 pour 20 % des symptômes.
- Validité de critère par correspondance entre les résultats du DIA-R et des critères de validation externes : le KIDDISADS (the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children) combinée avec le niveau de désespoir évalué par l'échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale) pour la tendance à la suicidalité, et l'Ab-DIB (Abbreviated-Diagnostic Interview for Borderlines) pour la tendance à la personnalité limite.
 - Aires sous la courbe (Bergeron et al., 2017) de 0,82 à 0,94 pour 9 des 10 sous-échelles (0,71 pour Tendance à la phobie simple)
 - Sensibilité pour seuils inférieurs : $> 0,72$ pour toutes les échelles sauf pour la tendance à la phobie simple (0,65) et au trouble des conduites (0,72)
 - Spécificité pour seuils inférieurs : $> 0,70$ pour toutes les échelles sauf pour tendance à la phobie simple (0,67)

Références

Site web du distributeur : <https://dominic-interactive-dev.com>

Autres références pertinentes :

Bergeron L, Smolla N, Berthiaume C, Renaud J, Breton J-J, St.-Georges M, et al. Reliability, validity, and clinical utility of the Dominic Interactive for Adolescents-Revised: A DSM-5-based self-report screen for mental disorders, borderline personality traits, and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2017;62(3):211-22.

Bergeron L, Smolla N, Valla J-P, St.-Georges M, Berthiaume C, Piché G, Barbe C. Psychometric properties of a pictorial instrument for assessing psychopathology in youth aged 12 to 15 years: the dominic interactive for adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55(4):211-21.

**Garneau M, Laventure M, Temcheff C. Internal structure and measurement invariance of the Dominic Interactive among Indigenous children in Quebec. *Psychological Assessment* 2020;32(2):170-181

Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Gilbert F, Bergeron L, Valla J-P, Kovess-Masfety V. Psychometric properties of the Dominic Interactive in a large French sample. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2009;54(11):767-76.

BRIGANCE INVENTAIRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ENTRE 0 ET 7 ANS (3^E ÉDITION) (IED-III)

	Auteur, année	Brigance et French (2013)
	Clientèle visée	Enfants de 0 à 7 ans (versions 0-35 mois/3-5 ans/6-7 ans)
	Objectif de l'outil	Déterminer les stades de développement et le fonctionnement de l'enfant
	Sphères de développement	• Habiletés motrices et comportementales • Motricité globale • Motricité fine • Autonomie • Langage • Connaissances générales et maîtrise des concepts • Développement socio-affectif • Prélecture • Lecture • Écriture • Calcul
	Outil centré sur les forces	Mesure les forces et les faiblesses
	Langue disponible	Anglais, français, espagnol

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Trousse qui comprend l'inventaire, le bilan des acquis et les accessoires (souvent disponibles dans le milieu de vie de l'enfant)	40 à 120 minutes	Manuel disponible	Formation facultative (webinaire en ligne ou offerte par l'intermédiaire du Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques)
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Entrevue (avec le parent) et observation de l'enfant	Parent/tuteur ou l'enseignant et observation de l'enfant	Intervenants qualifiés issus de différentes professions (ex : enseignants, thérapeutes, infirmières, médecins, éducatrice en milieu de garde).	Payant • Coût non récurrent (trousse) • Coût récurrent pour l'achat de questionnaires
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	Variable selon la version (55 tâches pour la version standardisée, plus de 100 tâches pour la version avec références aux critères)	• Pour chaque tâche, un score est attribué en fonction de la performance de l'enfant • Établissement du niveau plafond après 3 échecs consécutifs • Logiciel de cotation et d'interprétation des résultats disponible gratuitement en ligne	Version standardisée • Feuille sommaire permet une interprétation des résultats selon le domaine évalué (scores standards, rangs percentiles et âge équivalent). • Version avec référence aux critères • Feuille sommaire des résultats permet de faire un bilan des acquis de l'enfant.	

BRIGANCE INVENTAIRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ENTRE 0 ET 7 ANS (3^E ÉDITION) (IED-III)

Propriétés psychométriques



Selon l'INSPQ (2010), la version française a fait l'objet d'un processus d'adaptation et d'une validation par un groupe d'experts, mais aucune étude portant sur les propriétés psychométriques avec des échantillons francophones n'a encore été effectuée.

FIDÉLITÉ (version standardisée) :

- Fidélité inter-juges : $r > 0,80$ pour toutes les versions

VALIDITÉ (version standardisée) :

- Validité de contenu : revue de littérature et consultations d'experts
- Validité convergente : corrélations significatives avec d'autres outils standardisés (BDI-2, Mullen Scales of Early Learning, Woodcock-Johnson III, Weschler Intelligence Scale for Children et Vineland Adaptive Behavior Scales II) (pas de données précises sur le site du distributeur).
- Validité critériée :
 - Sensibilité : $> 0,80$ pour toutes les versions
 - Spécificité : $> 0,80$ pour toutes les versions

Références

Site web du distributeur : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques (pour la version francophone)
Curriculum Associates (www.curriculumassociates.com).

Référence du manuel :

Glascow, F.P. (2010). Technical Report for the BRIGANCE® Screens. North Billerica, MA: Curriculum Associates, Inc.

Autres références pertinentes :

**D'Aprano AL, Carapetis JR, Andrews R. Trial of a developmental screening tool in remote Australian Aboriginal communities: A cautionary tale. Journal of Paediatrics and Child Health 2011;47(1-2):12-7.

MASSACHUSETTS YOUTH SCREENING INSTRUMENT-2 (MAYSI-2)

	Auteur, année	Grisso et Barnum, 2000
	Clientèle visée	Jeunes contrevenants âgés entre 12 à 17 ans.
	Objectif de l'outil	Identifier les adolescents judiciarisés présentant des symptômes pouvant être des indicateurs de l'émergence de problèmes psychologiques
	Sphères de développement	• Drogues et alcool • Colère-irritabilité • Dépression-Anxiété • Plaintes somatiques • Idées suicidaires • Troubles de la pensée (garçons seulement) • Expériences traumatiques
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Plusieurs langues disponibles, dont l'anglais et le français (québécois)

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	10-15 minutes	Manuel disponible	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou électronique, option de sortie vocale disponible)	Jeunes	Intervenants en santé et services sociaux	Payant • coût non récurrent (manuel et questionnaire)
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	52 items	• Échelle dichotomique (oui/non) • Score sur chacune des sous-échelles et score total	• Seuils cliniques établis pour la population américaine et québécoise • 3 niveaux de seuils : • Normal (vert): ne présente pas de problème cliniquement significatif • Caution (jaune): possiblement cliniquement significatif • Warning (rouge) : score exceptionnellement élevé en comparaison avec d'autres jeunes contrevenants	

MASSACHUSETTS YOUTH SCREENING INSTRUMENT-2 (MAYSI-2)

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	► Cohérence interne : α variant de 0,48 à 0,85	► Validité de contenu • conçu à partir d'une revue de la littérature scientifique sur les symptômes associés aux problèmes de santé mentale les plus fréquents ► Validité convergente • avec le YSR : $r = 0,36$ à $0,66$ • avec Million Adolescent Clinical Inventory : $r = 0,35$ à $0,65$ • avec SDQ (échelles Conduct problems et Emotional symptoms) : $r = 0,36$ à $0,64$ • avec DISC-IV (échelle Alcohol and marijuana use) : $r = 0,54$ ► Validité critériée (Grisso et al., 2001) • majorité de jeunes identifiés avec un trouble de santé mentale sont au-dessus des seuils cliniques au MAYSI • Sensibilité (Grisso et al., 2001): de $0,65$ à $0,75$ • Spécificité (Grisso et al., 2001): de $0,60$ à $0,90$ • AUC : de $0,67$ à $0,94$ (Grisso et al., 2001) / $0,75$ pour expériences traumatiques (Kerig et al., 2011)

Références

Site web officiel : <http://www.nysap.us/maysi2/index.html>

Site web du distributeur : https://www.prpress.com/MAYSI-2-2006-Massachusetts-Youth-Screening-Instrument-Version-2--Users-Manual-Technical-Report-wCD-ROM_p_170.html

Référence du manuel :

Grisso, T. & Barnum, R. (2006). Massachusetts Youth Screening Instrument Version 2: User's manual and technical report. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Autres références pertinentes :

*Colins OF, Grisso T, Vahl P, Guy L, Mulder E, Hornby N, et al. Standardized screening for mental health needs of detained youths from various ethnic origins: The Dutch Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Version (MAYSI-2). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2015;37:481-92.

PARENTS' EVALUATION OF DEVELOPMENTAL STATUS (PEDS)

	Auteur, année	Glascoe, 2010
	Clientèle visée	Enfants âgés de 0 à 8 ans
	Objectif de l'outil	Recueillir la perspective des parents concernant le développement, les comportements et la santé mentale de leur enfant
	Sphères de développement	• Fonctionnement cognitif • Langage expressif et articulation • Langage réceptif • Motricité fine • Motricité globale • Comportement • Socio-émotionnel • Soins personnels • École • Autre
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Plus de 50 langues, dont le français et l'anglais

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	3-6 minutes	Manuel disponible	Formation facultative (en ligne ou à partir du manuel)
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier) ou entrevue	Parent	Professionnel	Payant • coût non récurrent (manuel) • coût récurrent pour l'achat de questionnaire (forfait disponible)
	Nombre d'items	Cotation		Interprétation
	10 items	• Échelle Likert en 3 points : oui; non; un peu • Possibilité d'ajouter un commentaire ou une explication à chacune des questions, en plus de 2 questions ouvertes. • L'évaluateur catégorise les réponses obtenues dans les bons domaines de développement en utilisant leurs connaissances en développement de l'enfant et en clarifiant, au besoin, avec le parent. • L'évaluateur additionne les réponses qui indiquent des inquiétudes pouvant être prédictives / non prédictives d'un problème développemental.		5 options d'orientation (sous forme d'arbre décisionnel) : référer, évaluer plus en profondeur, surveiller de près, conseiller les parents ou les rassurer.

PARENTS' EVALUATION OF DEVELOPMENTAL STATUS (PEDS)

Propriétés psychométriques



FIDÉLITÉ :

- Cohérence interne : $\alpha = 0,81$
- Fidélité test-retest (2 sem.) : 88% d'accord
- Fidélité interjuge :
 - entre experts et le logiciel d'analyse PEDS Online: taux d'accord de 95% dans la catégorisation des inquiétudes et de 97% sur l'assignation à l'une des 5 options d'orientation
 - entre professeurs et parents: taux d'accord de 74%

VALIDITÉ :

- Validité de contenu: la 2e édition du PEDS a été standardisée et validée à nouveau en 2012
- Validité convergente: associations significatives avec des mesures ou des sous-échelles semblables (habiletés académiques, intelligence, langage et motricité)
- Validité critériée:
 - les inquiétudes identifiées au PEDS présentent une association avec les déficits et les diagnostics identifiés par la suite. Par exemple, les comportements répétitifs identifiés à 12 mois sont des prédicteurs significatifs d'un diagnostic d'autisme à 30 mois (sensibilité : 83%, corrélations entre 0,90 et 0,99)
 - Sensibilité (Glascoe et al., 2013) : 0,91-0,97
 - Spécificité (Glascoe et al., 2013) : 0,73-0,86

Références

Site web du distributeur : <https://pedstest.com/index.html>

Référence du manuel :

Glascoe, F. P. (2013) Collaborating with parents. Using Parents' Evaluation of Developmental Status to detect and address developmental and behavioral problems (2nd edition). Nolenaville, TN: PEDS, 2013.

Autres références pertinentes :

*Hodges KL, Landin MD, Nugent ML, Simpson PM. Early developmental screening for children in foster care. Journal of Child and Family Studies 2016;25(7):2155-63.

Marshall J, Coulter ML, Gorski PA, Ewing A. Parent recognition and responses to developmental concerns in young children. Infants & Young Children 2016;29(2):102-15.

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (PSC)

	Auteur, année	Jellinek et Murphy, 1988
	Clientèle visée	Enfants et adolescents âgés entre 3 et 17 ans
	Objectif de l'outil	Outil de dépistage conçu pour faciliter la reconnaissance des problèmes cognitifs, émotionnels et comportementaux chez les jeunes.
	Sphères de développement	• Problèmes intériorisés • Problèmes d'attention • Problèmes extériorisés
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Plusieurs langues, dont l'anglais et le français

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	5-10 minutes (version longue) 3-5 minutes (version courte)	Instructions en ligne	Aucune
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire	Parent (PSC) et/ou adolescent (PSC-Y, à partir de 11 ans)	Intervenants en santé et services sociaux, éducateurs, cliniciens	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	35 items (version longue), 17 items (version courte)	• Échelle Likert en 3 points : jamais; parfois, souvent • Score total calculé en additionnant chacun des éléments	Version longue (PSC) : • Score total ≥ 28 (PSC; pour 6-17 ans) ≥ 24 (PSC; pour 3-5 ans) ≥ 24 (PSC-Y) suggère la possibilité de problèmes comportementaux ou émotionnels. • Scores seuils pour les sous-échelles Problèmes intériorisés ≥ 5, Problèmes d'attention ≥ 7 et Problèmes extériorisés ≥ 7 Version courte (PSC-17) : • Score total ≥ 15 suggère la possibilité de problèmes comportementaux ou émotionnels.	

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (PSC)

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	► Cohérence interne : $\alpha = 0,91$ ► Fidélité test-retest : $r = 0,84-0,91$	► Validité de contenu • Révision du contenu en fonction des symptômes des diagnostics courants chez les enfants, des impressions cliniques de pédiatres et psychologues, et d'une recension des items provenant d'autres questionnaires sélectionnés comme les plus utiles pour identifier les enfants ayant des problèmes émotionnels ► Validité convergente • Corrélations significatives entre le PSC et le CBCL ($r = 0,76$) (Jellinek et al., 1986) • Corrélations significatives entre le PSC-17 et le Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) et le Iowa Connors Rating Scale (Gardner et al., 1999) et le CBCL (Gardner et al., 2007; $r = 0,72$) ► Validité critériée (Jellinek et al. 1988) • Entre le PSC et le Child Behavior Checklist (CBCL) et le Children's Global Assessment Scale (CGAS), respectivement; accord de classification : 79% / 92% • Sensibilité : 0,95 / 0,88 • Spécificité : 0,68 / 1,00

Références

Site web du distributeur : <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist>

Autres références pertinentes :

Chaffin M, Campbell C, Whitworth DN, Gillaspay SR, Bard D, Bonner BL, Wolraich ML. Accuracy of a pediatric behavioral health screener to detect untreated behavioral health problems in primary care settings. *Clinical Pediatrics* 2017;56(5):427-34.

*Jacobson JH, Pullmann MD, Parker EM, Kerns SE. Measurement based care in child welfare-involved children and youth: Reliability and validity of the PSC-17. *Child Psychiatry & Human Development* 2019;50(2):332-45.

Leiner MA, Puertas H, Caratachea R, Perez H, Jimenez P. Sensitivity and specificity of the pictorial Pediatric Symptom Checklist for psychosocial problem detection in a Mexican sample. *Revista de Investigacion Clinica* 2010;62(6):560-7.

Murphy JM, Nguyen T, Lucke C, Chiang C, Plasencia N, Jellinek M. Adolescent Self-screening for mental health problems: Demonstration of an internet-based approach. *Academic Pediatrics* 2018;18(1):59-65.

Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health* 2009;9:489.

POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT “FIVE CS” QUESTIONNAIRE (PYD-5C)

	Auteur, année	Lerner et al. (2005, 2008)
	Clientèle visée	Jeunes de 10 ans et plus
	Objectif de l'outil	Mesurer les cinq dimensions du cadre théorique <i>Positive Youth Development (PYD)</i> (<i>competence, connection, character, confidence et caring</i>).
	Sphères de développement	• <i>Compétence</i> : compétences sociales, cognitives, académiques et vocationnelles • <i>Connection</i> : relations positives avec les pairs et la communauté • <i>Character</i> : respect des règles sociales et culturelles, moralité, intégrité • <i>Confidence</i> : estime de soi et sens de l'honneur • <i>Caring</i> : empathie
	Outil centré sur les forces	Oui
	Langue disponible	Anglais

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	30 minutes	Manuel disponible	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier)	Jeune	Intervenants de la santé et des services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	77 items	Échelle Likert généralement en 4 points	Score pour chacune des 5 dimensions	

Propriétés psychométriques

	VALIDITÉ :
	► Validité de contenu : • Développement du questionnaire basé sur le modèle Positive Youth Development • Combine les items tirés de 5 mesures existantes dont la validité et la fidélité ont été établies : ► <i>Search Institute Profiles of Student Life—Attitudes and Behaviors</i> (Search Institute, 1996), ► <i>Self Perception Profile for Adolescents</i> (Harter, 1988) ► <i>Teen Assessment Project Survey Question Bank</i> (Small & Rodgers, 1995), ► <i>Eisenberg Sympathy Scale</i> (Eisenberg et al., 1996) ► <i>Interpersonal Reactivity Index</i> (Davis, 1983) • Analyse factorielle confirmatoire souligne une validité de construit adéquate (Lerner et al., 2005; Phelps et al., 2009) ► Validité convergente : • Associations entre l'outil et d'autres mesures suggèrent une validité convergente adéquate (Lerner et al., 2005)

POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT “FIVE CS” QUESTIONNAIRE (PYD-5C)

Références

Site web du distributeur : <https://cyfar.org/positive-youth-development-student-questionnaire>

Référence du manuel :

Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, S., Jelicic, H., Alberts, A. E., Ma, L., Smith, L. M., Bobek, D. L., Richman - Raphael, D., Simpson, I., Christiansen, E. D., & von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4 - H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71

Autres références pertinentes :

Geldhof GJ, Bowers EP, Boyd MJ, Mueller MK, Napolitano CM, Schmid KL, et al. Creation of short and very short measures of the Five Cs of Positive Youth Development. *Journal of Research on Adolescence* 2014;24:163-76.

Geldhof GJ, Bowers EP, Mueller MK, Napolitano CM, Callina KS, Lerner RM. Longitudinal analysis of a very short measure of positive youth development. *Journal of Youth and Adolescence* 2014;43:933-49.

Lopez A, Yoder JR, Brisson D, Lechuga-Pena S, Jenson JM. Development and validation of a positive youth development measure: The bridge-positive youth development. *Research on Social Work Practice* 2015;25:726-36.

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

	Auteur, année	Goodman (1999)
	Clientèle visée	Enfants de 3 à 17 ans • Version 2-4 ans • Version 4-17 ans
	Objectif de l'outil	Dépister les problèmes comportementaux et émotionnels
	Sphères de développement	• Troubles émotionnels • Troubles comportementaux • Hyperactivité • Troubles relationnels • Score prosocial (compétences sociales)
	Outil centré sur les forces	Sous-échelle de compétences sociales
	Langue disponible	Traduit en de nombreuses langues, dont le français.

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Aucun	5-10 minutes	Instructions disponibles en ligne	Aucune
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou en ligne)	Parents d'enfants de 4 à 17 ans Jeunes de 11-17 ans	Intervenant en santé et en services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation		Interprétation
	• 25 items • Questions optionnelles liées à l'impact des difficultés et au suivi post-intervention	Échelle Likert en 3 points : pas vrai; un peu vrai; très vrai Instruction de cotation disponible sur le site web de l'outil : http://sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=French Calcul des échelles : • Score Total des difficultés: somme de toutes les échelles sauf l'échelle de compétences sociales (20 items). Score variant entre 0 et 40. • Sous-échelle « Problèmes extériorisés » : somme des échelles Troubles comportementaux et Hyperactivité. Score variant de 0 à 20. • Sous-échelle « Problèmes intériorisés » : somme des échelles Troubles émotionnels et Troubles relationnels. Score variant de 0 à 20.		• Interprétation des scores disponibles sur le site web : http://sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=French • 3 catégories : normal, état limite, anormal

Propriétés psychométriques

	Plus de 4000 articles provenant d'une centaine de pays, dont de nombreuses recensions des écrites portant sur les données psychométriques (ex : Stone et al., 2010; Kersten et al., 2016). Normes de référence disponibles pour de nombreux pays, mais pas pour le Canada. Conclusion de la recension systématique de Stone et al. (2010) : SDQ démontre de bonnes propriétés psychométriques.
---	--

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	 ► Cohérence interne : • parents d'enfants 4-12 ans : α moyen de 0,53 à 0,80 (Stone et al., 2010) • parents d'enfant 3-5 ans : α moyen de 0,49 à 0,76 (Kersten et al., 2016) ► Fidélité test-retest : r moyen de 0,65 à 0,76 (Stone et al., 2010); de 0,38 à 0,85 (Kersten et al., 2016) ► Fidélité interjuge : r moyen de 0,26 à 0,44 (Stone et al., 2010); de 0,42 à 0,64 (Kersten et al., 2016)	► Validité convergente : • échelle totale CBCL : r de 0,70 à 0,87 (Stone et al., 2010) • échelle totale Rutter : $r = 0,76$ (Stone et al., 2010) ► Validité critériée (Stone et al., 2010) : • AUC de 0,71 à 0,92 • Sensibilité : 0,69-0,82 • Spécificité : 0,66-0,83

Références

Site web officiel : <http://sdqinfo.org/a0.html>

Autres références pertinentes :

Borg A-M, Salmelin R, Kaukonen P, Joukamaa M, Tamminen T. Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2014;26:229-38.

Brondbo PH, Mathiassen B, Martinussen M, Heiervang E, Eriksen M, Moe TF, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument for Norwegian Child and Adolescent Mental Health Services, application of UK scoring algorithms. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011;5:32.

Brown JD et Wissow LS. Screening to identify mental health problems in pediatric primary care: Considerations for practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2010;40(1):1-19.

Erhart M, Wetzel RM, Krugel A, Ravens-Sieberer U. Effects of phone versus mail survey methods on the measurement of health-related quality of life and emotional and behavioural problems in adolescents. *BMC Public Health* 2009;9:491.

Goodman A et Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48:400-3.

He J-P, Burstein M, Schmitz A, Merikangas KR. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013;41(4):583-95.

*Janssens A et Deboutte D. Erratum to: Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry* 2010;19(2):167.

*Jee SH, Halterman JS, Szilagyi M, Conn A-M, Alpert-Gillis L, Szilagyi PG. Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Academic Pediatrics* 2011;11(5):409-13.

*Jee SH, Szilagyi M, Conn A-M, Nilsen W, Toth S, Baldwin CD, Szilagyi PG. Validating office-based screening for psychosocial strengths and difficulties among youths in foster care. *Pediatrics* 2011;127(5):904-10.

Kersten P, Czuba K, McPherson K, Dudley M, Elder H, Tauroa R, Vandal A. A systematic review of evidence for the psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Behavioral Development* 2016;40:64-75.

*Lehmann S, Heiervang ER, Havik T, Havik OE. Screening foster children for mental disorders: properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *PLoS ONE* 2014;9(7):e102134.

*Marquis RA et Flynn RJ. The SDQ as a mental health measurement tool in a Canadian sample of looked-after young people. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2009;4(2):114-21.

Sosu et Schmidt P. Tracking Emotional and Behavioral Changes in Childhood: Does the Strength and Difficulties Questionnaire Measure the Same Constructs across Time? *Journal of Psychoeducational Assessment* 2017;35(7):643-56.

Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA, Janssens JM. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2010;13(3):254-74.

Stone LL, Otten R, Ringlever L, Hiemstra M, Engels RCME, Vermulst AA, Janssens JMAM. The parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Omega as an alternative to alpha and a test for measurement invariance. *European Journal of Psychological Assessment* 2013;29(Psychological Disorders [3210]):44-50.

*Tarren-Sweeney M, Goemans A, Hahne AS, Gieve M. Mental health screening for children in care using the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Brief Assessment Checklists: Guidance from three national studies. *Developmental Child Welfare* 2019;1(2):177-96.

Vaz S, Cordier R, Boyes M, Parsons R, Joosten A, Ciccarelli M, et al. Is using the strengths and difficulties questionnaire in a community sample the optimal way to assess mental health functioning? *PLoS ONE* 2016;11(1)

Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC public health* 2009;9:489.

*Whyte S et Campbell A. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A useful screening tool to identify mental health strengths and needs in looked after children and inform care plans at looked after children reviews?: A focus group study of the views of social workers and their managers. *Child Care in Practice* 2008;14(2):193-206.

**Williamson A, McElduff P, Dadds M, D'Este C, Redman S, Raphael B, et al. The Construct Validity of the S trengths and D ifficulties Q uestionnaire for A boriginal Children Living in Urban N ew S outh W ales, A ustralia. *Australian Psychologist* 2014;49(3):163-70.

**Williamson A, Redman S, Dadds M, Daniels J, D'Este C, Raphael B, et al. Acceptability of an emotional and behavioural screening tool for children in Aboriginal Community Controlled Health Services in urban NSW. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(10):894-900.

*Wright H, Wellsted D, Gratton J, Besser SJ, Midgley N. Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify treatment needs in looked-after children referred to CAMHS. *Developmental Child Welfare* 2019;1(2):159-76

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

	Auteur, année	Goodman (1999)
	Clientèle visée	Enfants de 3 à 17 ans • Version 2-4 ans • Version 4-17 ans
	Objectif de l'outil	Dépister les problèmes comportementaux et émotionnels
	Sphères de développement	• Troubles émotionnels • Troubles comportementaux • Hyperactivité • Troubles relationnels • Score prosocial (compétences sociales)
	Outil centré sur les forces	Sous-échelle de compétences sociales
	Langue disponible	Traduit en de nombreuses langues, dont le français.

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Aucun	5-10 minutes	Instructions disponibles en ligne	Aucune
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier ou en ligne)	Parents d'enfants de 4 à 17 ans Jeunes de 11-17 ans	Intervenant en santé et en services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation		Interprétation
	• 25 items • Questions optionnelles liées à l'impact des difficultés et au suivi post-intervention	Échelle Likert en 3 points : pas vrai; un peu vrai; très vrai Instruction de cotation disponible sur le site web de l'outil : http://sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=French Calcul des échelles : • Score Total des difficultés: somme de toutes les échelles sauf l'échelle de compétences sociales (20 items). Score variant entre 0 et 40. • Sous-échelle « Problèmes extériorisés » : somme des échelles Troubles comportementaux et Hyperactivité. Score variant de 0 à 20. • Sous-échelle « Problèmes intériorisés » : somme des échelles Troubles émotionnels et Troubles relationnels. Score variant de 0 à 20.		• Interprétation des scores disponibles sur le site web : http://sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=French • 3 catégories : normal, état limite, anormal

Propriétés psychométriques

	Plus de 4000 articles provenant d'une centaine de pays, dont de nombreuses recensions des écrites portant sur les données psychométriques (ex : Stone et al., 2010; Kersten et al., 2016). Normes de référence disponibles pour de nombreux pays, mais pas pour le Canada. Conclusion de la recension systématique de Stone et al. (2010) : SDQ démontre de bonnes propriétés psychométriques.
---	--

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

Propriétés psychométriques

	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :
	 ► Cohérence interne : • parents d'enfants 4-12 ans : α moyen de 0,53 à 0,80 (Stone et al., 2010) • parents d'enfant 3-5 ans : α moyen de 0,49 à 0,76 (Kersten et al., 2016) ► Fidélité test-retest : r moyen de 0,65 à 0,76 (Stone et al., 2010); de 0,38 à 0,85 (Kersten et al., 2016) ► Fidélité interjuge : r moyen de 0,26 à 0,44 (Stone et al., 2010); de 0,42 à 0,64 (Kersten et al., 2016)	► Validité convergente : • échelle totale CBCL : r de 0,70 à 0,87 (Stone et al., 2010) • échelle totale Rutter : r = 0,76 (Stone et al., 2010) ► Validité critériée (Stone et al., 2010) : • AUC de 0,71 à 0,92 • Sensibilité : 0,69-0,82 • Spécificité : 0,66-0,83

Références

Site web officiel : <http://sdqinfo.org/a0.html>

Autres références pertinentes :

Borg A-M, Salmelin R, Kaukonen P, Joukamaa M, Tamminen T. Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2014;26:229-38.

Brondbo PH, Mathiassen B, Martinussen M, Heiervang E, Eriksen M, Moe TF, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument for Norwegian Child and Adolescent Mental Health Services, application of UK scoring algorithms. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011;5:32.

Brown JD et Wissow LS. Screening to identify mental health problems in pediatric primary care: Considerations for practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2010;40(1):1-19.

Erhart M, Wetzel RM, Krugel A, Ravens-Sieberer U. Effects of phone versus mail survey methods on the measurement of health-related quality of life and emotional and behavioural problems in adolescents. *BMC Public Health* 2009;9:491.

Goodman A et Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48:400-3.

He J-P, Burstein M, Schmitz A, Merikangas KR. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013;41(4):583-95.

*Janssens A et Deboutte D. Erratum to: Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry* 2010;19(2):167.

*Jee SH, Halterman JS, Szilagyi M, Conn A-M, Alpert-Gillis L, Szilagyi PG. Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Academic Pediatrics* 2011;11(5):409-13.

*Jee SH, Szilagyi M, Conn A-M, Nilsen W, Toth S, Baldwin CD, Szilagyi PG. Validating office-based screening for psychosocial strengths and difficulties among youths in foster care. *Pediatrics* 2011;127(5):904-10.

Kersten P, Czuba K, McPherson K, Dudley M, Elder H, Tauroa R, Vandal A. A systematic review of evidence for the psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Behavioral Development* 2016;40:64-75.

*Lehmann S, Heiervang ER, Havik T, Havik OE. Screening foster children for mental disorders: properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *PLoS ONE* 2014;9(7):e102134.

*Marquis RA et Flynn RJ. The SDQ as a mental health measurement tool in a Canadian sample of looked-after young people. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2009;4(2):114-21.

Sosu et Schmidt P. Tracking Emotional and Behavioral Changes in Childhood: Does the Strength and Difficulties Questionnaire Measure the Same Constructs across Time? *Journal of Psychoeducational Assessment* 2017;35(7):643-56.

Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA, Janssens JM. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2010;13(3):254-74.

Stone LL, Otten R, Ringlever L, Hiemstra M, Engels RCME, Vermulst AA, Janssens JMAM. The parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Omega as an alternative to alpha and a test for measurement invariance. *European Journal of Psychological Assessment* 2013;29(Psychological Disorders [3210]):44-50.

*Tarren-Sweeney M, Goemans A, Hahne AS, Gieve M. Mental health screening for children in care using the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Brief Assessment Checklists: Guidance from three national studies. *Developmental Child Welfare* 2019;1(2):177-96.

Vaz S, Cordier R, Boyes M, Parsons R, Joosten A, Ciccarelli M, et al. Is using the strengths and difficulties questionnaire in a community sample the optimal way to assess mental health functioning? *PLoS ONE* 2016;11(1)

Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC public health* 2009;9:489.

*Whyte S et Campbell A. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A useful screening tool to identify mental health strengths and needs in looked after children and inform care plans at looked after children reviews?: A focus group study of the views of social workers and their managers. *Child Care in Practice* 2008;14(2):193-206.

**Williamson A, McElduff P, Dadds M, D'Este C, Redman S, Raphael B, et al. The Construct Validity of the S trengths and D ifficulties Q uestionnaire for A boriginal Children Living in Urban N ew S outh W ales, A ustralia. *Australian Psychologist* 2014;49(3):163-70.

**Williamson A, Redman S, Dadds M, Daniels J, D'Este C, Raphael B, et al. Acceptability of an emotional and behavioural screening tool for children in Aboriginal Community Controlled Health Services in urban NSW. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(10):894-900.

*Wright H, Wellsted D, Gratton J, Besser SJ, Midgley N. Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify treatment needs in looked-after children referred to CAMHS. *Developmental Child Welfare* 2019;1(2):159-76

SCREENING QUESTIONNAIRE INTERVIEW FOR ADOLESCENTS (SQIFA)

	Auteur, année	Youth Justice Board, 2003
	Clientèle visée	Jeunes contrevenants de 12 à 17 ans
	Objectif de l'outil	Dépistage des problèmes de santé mentale en identifier les facteurs contribuant à la délinquance
	Sphères de développement	• Dépression • Anxiété • Automutilation • Expériences traumatiques • Consommation d'alcool et de drogue
	Outil centré sur les forces	Non
	Langue disponible	Anglais et français

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Aucun	5 à 10 minutes	Instructions inscrites sur le questionnaire	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire ou entrevue	Jeune	Intervenant en santé et services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	19 items	Échelle Likert en 3 points : non; parfois; oui; souvent.	Un score de 0 ou 1 indique aucun problème. Un score de 2 indique que le questionnaire doit être répété à des fins de surveillance (dans 4 à 6 semaines ou si la situation change). Un score de 3 ou 4 indique la présence de problèmes. Renvoie à un autre questionnaire (SIFA), effectuée à l'aide d'une entrevue, pour une investigation plus poussée.	

Propriétés psychométriques

	Pas d'information
---	-------------------

Références

Questionnaire disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/young-offenders-assessment-using-sifa-and-sqifa>

Autres références pertinentes :

Khan, L. & Wilson, J. (2010). You just get on and do it : Healthcare provision in Youth Offending Teams. Center for Mental Health : UK.

STRONG SOULS

	Auteur, année	Menzies School of Health Research (2010)
	Clientèle visée	Jeunes autochtones d'Australie âgés entre 13 et 19 ans
	Objectif de l'outil	Évaluer le bien-être social et émotionnel des jeunes autochtones d'Australie
	Sphères de développement	- Anxiété - Dépression - Résilience - Risque suicidaire
	Outil centré sur les forces	Présence de la sous-échelle Résilience
	Langue disponible	Anglais

Modalités de passation et de cotation

	Matériel requis	Temps d'administration	Instructions claires (manuel ou instructions en ligne)	Formation requise
	Non	5 à 10 minutes	Manuel non disponible	Non
	Mode de passation	Répondant	Administrateur	Coût
	Questionnaire (version papier)	Jeunes âgés entre 13 et 19 ans	Intervenant en santé et en services sociaux	Gratuit
	Nombre d'items	Cotation	Interprétation	
	25 items	Échelle Likert en 4 points : pas beaucoup; un peu; pas mal; beaucoup	Plus le score est élevé, plus les problèmes vécus sont importants (à l'exception de l'échelle de résilience pour laquelle la cotation inversée).	

Propriétés psychométriques

	Outil non validé dans un contexte clinique.		
	FIDÉLITÉ :	VALIDITÉ :	
	► Cohérence interne : - Anxiété : $\alpha = 0,80$ - Résilience : $\alpha = 0,71$ - Dépression : $\alpha = 0,71$ - Risque suicidaire : $\alpha = 0,73$	► Validité de contenu - Choix des items basés sur leur pertinence et sensibilité auprès de populations autochtones établies lors de consultations. - Version pilote testée auprès de jeunes autochtones.	

Références

Site web officiel : https://www.menzies.edu.au/page/Resources/Strong_souls_assessment_tool/

Autres références pertinentes :

**Thomas A, Cairney S, Gunthorpe W, Paradies Y, Sayers S. Strong Souls: development and validation of a culturally appropriate tool for assessment of social and emotional well-being in Indigenous youth. Aust N Z J Psychiatry 2010;44(1):40-8.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

