



## **Diversité des profils cliniques des familles des enfants présentant des problèmes de comportement en milieu scolaire**

**Robert Pauzé, Michèle Déry, Éric Yergeau  
et Luc Touchette**

Université de Sherbrooke

**Résumé** – Cet article vise à identifier différents profils familiaux chez des enfants présentant des problèmes de comportement et recevant à l'école primaire des services éducatifs spécialisés pour ce type de difficultés (N = 324). Les profils ont été établis à l'aide de l'analyse de regroupement. Le choix des variables incluses dans l'analyse (caractéristiques socioéconomiques, parentales, relationnelles) repose sur le modèle général des inadaptations des enfants de Toupin, Pauzé et Déry (2000). Ont aussi été incluses dans l'analyse la présence de retard scolaire chez les enfants et la nature extériorisée ou intériorisée de leurs troubles. La classification résultante permet d'identifier quatre catégories distinctes de familles présentant différents niveaux de difficultés. Les résultats suggèrent des interventions différenciées selon le type de familles.

**Abstract** – This article aims to identify different family profiles among children who present with behavioural problems and receive specialized educational services for them during elementary school (N = 324). The profiles were determined using cluster analysis. The choice of variables included in the analysis (socioeconomic, parental, and relational characteristics) was based on the general model for children's maladjustment found in Toupin, Pauzé, and Déry (2000). Also included in the analysis was the occurrence of educational lag in children and whether their disturbances were externalized or internalized. The resulting classification made it possible to identify four distinct categories of family, presenting with different levels of difficulty. Our findings suggest the adoption of interventions differentiated according to kind of family.

## 1. Problématique

Les études réalisées auprès des élèves desservis à l'école primaire pour troubles de comportement montrent que ces troubles sont surtout de type extériorisé (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2004; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998; Mattison, Gadow, Sprafkin et Nolan, 2002; Place, Wilson, Martin et Hulsmeier, 2000). Elles appuient néanmoins l'idée qu'en dépit de la nature extériorisée des troubles, ces enfants forment des sous-groupes hétérogènes. L'étude de Déry, Lapalme, Toupin, Verlaan et Pauzé (soumis pour publication NE mettre que les articles à paraître) réalisée auprès de cette clientèle illustre bien cette hétérogénéité en décrivant quatre sous-groupes; soit: 1) les élèves présentant uniquement un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH); 2) ceux ayant uniquement un trouble de nature antisociale, c'est-à-dire un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites; 3) ceux présentant à la fois un TDAH et un trouble antisocial; et 4) ceux dont le nombre de symptômes est insuffisant pour atteindre les seuils diagnostiques de l'un ou l'autre de ces troubles.

À l'instar de nombreuses autres études reliant les troubles extériorisés chez l'enfant à des facteurs de risque sociaux et familiaux (Lahey, Waldman et McBurnett, 1999; Snyder, Cramer, A Frank et Patterson, 2005), l'étude de Déry *et al.* (à paraître) montre que comparativement à un groupe témoin, ces différents sous-groupes d'élèves sont confrontés à davantage de conditions familiales adverses, incluant un plus faible niveau d'études des parents, un nombre plus important de recompositions familiales, des démêlés plus fréquents avec la justice, davantage de difficultés dans la relation parents-enfants et plus de lacunes dans les pratiques éducatives. Cette étude permet également d'établir que les quatre sous-groupes ne se distinguent pas tous également du groupe témoin ni ne se différencient sur les mêmes caractéristiques familiales. Par exemple, les élèves en difficulté de comportement sans TDAH ni trouble de nature antisociale ont des caractéristiques assez similaires aux jeunes du groupe témoin, alors que les trois autres sous-groupes se distinguent des témoins sur la plupart des caractéristiques évaluées.

La mise en évidence de telles différences entre les sous-groupes suggère que les familles d'enfants qui reçoivent des services complémentaires de l'école primaire pour des problèmes de comportement présentent différents profils cliniques. De telles informations sont essentielles, non seulement pour identifier les facteurs de risque et de protection associés à ces sous-groupes, mais, aussi, pour différencier les cibles d'intervention et prévoir l'organisation des services scolaires complémentaires. Il est donc important d'explorer plus à fond cette question de recherche, d'autant plus que peu de données existent sur les caractéristiques des familles distinguant ces jeunes clientèles scolaires.

La présente étude<sup>1</sup> s'inscrit dans cette voie et vise à identifier différents profils de familles chez les enfants présentant des problèmes de comportement en milieu scolaire. Toutefois, contrairement à l'étude de Déry *et al.* (À paraître) où la diversité des profils familiaux est établie en tenant compte de l'hétérogénéité des troubles des élèves, dans la présente étude, les profils cliniques des familles se basent sur un modèle général des inadaptations des enfants (Toupin, Pauzé et Déry, 2000) et sur les variables familiales les plus fréquemment observées en association

---

1 Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), du Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et de l'Université de Sherbrooke. Les auteurs remercient les parents, les enfants et les intervenants psychosociaux pour leur participation dans l'étude.

avec les problèmes de comportement (Pauzé, Joly et Poitras, 2004). Ce faisant, notre étude s'appuie sur des caractéristiques familiales à la fois plus nombreuses et plus en lien avec les facteurs de risque et de protection auxquels les enfants sont exposés, ce qui est susceptible de faire ressortir des profils familiaux plus exhaustifs et plus utiles pour orienter l'intervention. L'étude retient, en outre, une méthode d'analyse par regroupement (*cluster analysis*) incluant des caractéristiques des enfants et des caractéristiques des familles. Ce type d'analyse optimisera notre capacité à identifier des sous-groupes bien différenciés.

## 2. Méthode

### 2.1 Sélection des participants

L'étude a été réalisée avec le même échantillon que celui de Déry *et al.* (à paraître). Il comprend 324 élèves (dont 64 filles) recevant des services scolaires complémentaires pour troubles de comportement (âge moyen : 9,8 ans).

Ces élèves ont été sélectionnés au cours du dernier trimestre scolaire dans les écoles primaires de trois commissions scolaires de l'Estrie et de la Montérégie. Tous les élèves de ces écoles recevant des services complémentaires pour troubles du comportement (principal diagnostic) ont été ciblés, à l'exclusion de ceux qui avaient une déficience intellectuelle ou sensorielle ou qui vivaient en famille d'accueil ou en centre de réadaptation (N=710). Les parents de ces élèves ont d'abord été joints par les intervenants psychosociaux des écoles afin qu'ils consentent à participer à la recherche. Les intervenants ont préalablement éliminé de leur liste les parents qu'ils jugeaient préférables de ne pas contacter (N=42), soit parce qu'ils ne les avaient pas encore rencontrés, soit parce qu'ils craignaient que cela ne nuise à leur intervention. Des 668 cas, 520 parents ont pu être contactés avant la fin de l'année scolaire et 62,3 % (N=324) ont consenti à participer à la recherche. L'échantillon recruté s'est avéré représentatif de l'échantillon initial sur l'ensemble des données que les directions des écoles ont pu fournir sans nuire à l'anonymat des élèves non participants, soit sur la provenance des élèves, le ratio garçons-filles, la répartition des élèves dans chaque niveau scolaire et le taux d'élèves scolarisés en classe spéciale.

### 2.2 Évaluation des caractéristiques familiales et comportementales

Les parents et les élèves ont été rencontrés séparément à domicile pour la réalisation des entrevues et la passation des questionnaires sur les caractéristiques familiales et comportementales. Dans chaque famille, le parent rencontré est celui qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant.

Les différentes caractéristiques retenues dans l'étude pour établir les profils cliniques concernent des caractéristiques des familles – données socioéconomiques, santé mentale des parents, relations dans la famille et avec l'enfant, pratiques éducatives – et, aussi, des caractéristiques de l'enfant, soit le type de troubles de comportement et le retard scolaire. Rappelons que ces caractéristiques ont été identifiées à partir d'un modèle général des inadaptations des enfants (Toupin *et al.*, 2000) et des variables familiales les plus fréquemment reliées à la présence de problèmes comportementaux (Pauzé *et al.*, 2004).

### 2.2.1 Caractéristiques des familles

**Données socioéconomiques** – Les informations sur les conditions socioéconomiques des familles ont été colligées auprès du parent à l'aide d'un questionnaire issu de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes* (EQSMJ) (Valla, Breton, Bergeron, Gaudet, Berthiaume, Saint-Georges, Daveluy, Tremblay, Lambert, Houde et Lépine, 1994). Ce questionnaire permet, entre autres, d'identifier le type de famille, le revenu et le niveau de scolarité du parent et de l'autre figure parentale.

**Santé mentale du parent** – La santé mentale du parent principal a été évaluée à l'aide de la version française du *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (Fournier, Lesage, Toupin et Cyr, 1997; version révisée de Fournier et Kovess, inédite). Il s'agit d'un protocole d'entrevue diagnostique structurée comprenant près de 120 questions de type oui-non, utilisé par un intervieweur expérimenté auprès du parent. Les sections retenues dans l'étude permettent d'établir, selon les critères du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2000), les diagnostics d'anxiété généralisée et de dépression majeure. Les propriétés métrologiques de l'instrument sont jugées satisfaisantes (Fournier *et al.*, 1997).

**Fonctionnement familial** – Issue du *Family Assessment Device* (FAD) de Epstein, Baldwin et Bishop (1983), l'*Échelle de fonctionnement familial général*, version française de Bolduc (1992), est de type Likert en quatre points (de fortement d'accord à fortement en désaccord) et comporte 12 énoncés. Ce questionnaire est présenté au parent. Byles, Byrne, Boyle et Offord (1988) rapportent d'excellentes propriétés psychométriques pour cette sous-échelle.

**Relation parents-enfant** – L'*Échelle d'attitude du parent à l'égard de l'enfant* (Hudson, 1982) comporte 25 items évalués sur une échelle en 5 points (de rarement à tout le temps). Elle évalue auprès du parent l'importance des problèmes rencontrés dans sa relation avec son enfant. Un score élevé reflète une attitude négative à l'égard de l'enfant. La cohérence interne et la stabilité de l'instrument sont satisfaisantes (*Ibid.*).

**Pratiques éducatives** – Une version française de l'*Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, 1991) a été administrée au parent pour connaître ses pratiques éducatives avec l'enfant. Le questionnaire comporte 42 items avec échelle de type Likert en 5 points (de jamais à toujours). Seules deux sous-échelles de cet instrument ont été utilisées dans la présente étude, soit le manque de supervision et l'inconstance de la discipline. L'instrument présente de bonnes qualités métrologiques (Shelton, Frick et Wooton, 1996).

### 2.2.2 Caractéristiques des élèves

**Troubles de comportement** – La nature des troubles présentés par les élèves (extériorisée ou intériorisée) a été établie à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised* (Shaffer, Schwab-Stone, Fisher, Cohen, Piacentini, Davies, Conners, et Regier, 1993; version française de Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et Saint-Georges, 1998). Il s'agit d'une entrevue diagnostique dont la structure est basée sur les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) (APA, 1987) que nous avons adaptée aux critères plus récents de ce manuel (APA, 2000). L'entrevue a été menée par un interviewer auprès du parent pour

détecter les symptômes de différents troubles extériorisés (TDAH, trouble de l'opposition avec provocation, trouble des conduites) et intériorisés (anxiété généralisée et dépression majeure) manifestés par l'enfant. La traduction française de l'instrument comporte de bonnes propriétés psychométriques (Breton *et al.*, 1998).

**Retard scolaire** – Les informations sur la scolarité de l'enfant, incluant le nombre d'année de redoublement, ont été colligées auprès du parent à l'aide d'un questionnaire issu de l'EQSMJ (Valla *et al.*, 1994).

### 3. Résultats

L'identification des différents profils familiaux des enfants a été faite par une analyse de regroupement (cluster analysis). Cette méthode exploratoire permet de former des groupes relativement homogènes en fonction de leurs similitudes sur un ensemble de caractéristiques. La technique utilisée pour procéder aux regroupements des familles est la méthode hiérarchisée de Ward. Les données utilisées pour procéder au regroupement des familles sont les valeurs associées à la présence ou à l'absence de conditions adverses (données binaires) présentées au tableau 1. L'utilisation de données binaires est d'ailleurs recommandée par Aldenderfer et Bashfield (1984) lorsque l'on procède à une analyse de regroupements hiérarchiques. Enfin, en raison de la nature dichotomique des valeurs possibles associées aux conditions adverses (présence ou absence), la technique qui mesure la distance euclidienne binaire a été retenue. Il s'agit de la méthode recommandée dans pareille situation (Noursis, 2002).

**Tableau 1**  
**Variables incluses dans l'analyse de regroupement et critères de classification**

Variables retenues	Critères de classification
Monoparentalité	Présence/absence
Faible scolarité du parent	Études secondaires non complétées
Faible revenu familial	Revenu familial annuel inférieur à 12 000 \$
Dysfonctionnement familial	Score de 2,20 ou plus à l'échelle du dysfonctionnement familial (score correspondant à un écart type au dessus de la moyenne de la population générale)
Problèmes santé mentale (parent)	Diagnostic chez le parent répondant au cours des six derniers mois
Relation parents-enfant difficile	Score de 30 et plus au questionnaire sur la qualité de la relation parents-enfant (seuil clinique fixé par le concepteur du questionnaire)
Pratiques éducatives lacunaires	Un score de 2,5 et plus à la sous-échelle des pratiques disciplinaires inconsistantes ou à la sous-échelle de la supervision lacunaire des parents (seuils cliniques retenus par Toupin et Pauzé, 2004)
Trouble intériorisé ou extériorisé chez l'enfant	Présence d'un trouble intériorisé (dépression ou anxiété généralisée) ou d'un trouble extériorisé (TDAH, trouble oppositionnel ou trouble des conduites)
Retard scolaire	Présence d'au moins une année de retard scolaire selon le parent répondant

L'application de cette technique nous a permis d'identifier quatre sous-groupes distincts. Le tableau 2 permet d'apprécier l'importance relative de chacune des variables de l'équation

dans chacun des sous-groupes. Les sous-groupes sont ordonnés en fonction du cumul des conditions adverses qui les caractérisent, le sous-groupe 1 étant celui présentant le moins de conditions adverses et le sous-groupe 4, celui qui en présente le plus. Cette disposition donne une idée du continuum de sévérité des difficultés présentées par les familles des élèves.

**Tableau 2**  
**Description des sous-groupes**

Variables retenues	Sous-groupes <sup>a</sup>			
	1 N=97 (30%)	2 N=91 (29%)	3 N=68 (21%)	4 N=63 (20%)
Monoparentalité	25%	13%	74%	76%
Faible scolarité (parent)	4%	14%	34%	13%
Faible revenu familial	2%	13%	91%	73%
Dysfonctionnement familial	2%	24%	1%	46%
Problèmes santé mentale (parent)	3%	9%	3%	64%
Relation parents-enfant difficile	0%	55%	3%	21%
Pratiques éducatives lacunaires	16%	90%	37%	56%
Retard scolaire	38%	22%	10%	40%
Présence d'un trouble extériorisé	73%	99%	81%	92%
Présence d'un trouble intériorisé	12%	7%	6%	8%

<sup>a</sup> Cinq sujets ont été exclus de l'analyse parce que certaines des données utilisées étaient manquantes.

Soulignons qu'il n'y a pas de différences entre les sous-groupes concernant le sexe des enfants [ $\chi^2(3,316)=2,51$  ;  $p=n.s.$ ]. On compte environ quatre garçons pour une fille par sous-groupe. On observe toutefois des différences sur l'âge moyen [ $F(3,316)=3,99$ ,  $p<0,01$ ], les enfants du sous-groupe 3 étant plus jeunes (9,1 ans en moyenne) que ceux des sous-groupes 1 et 2 (10,1 ans en moyenne). Ces différences d'âge sont cependant assez marginales. Ces faits étant établis, nous présentons maintenant les principales caractéristiques des différents sous-groupes de familles.

Le sous-groupe 1, correspondant à 30% de l'échantillon, présente très peu de conditions adverses familiales. On note cependant chez ce sous-groupe que trois jeunes sur quatre présentent un trouble extériorisé et un jeune sur trois un retard scolaire.

Le sous-groupe 2 correspond à 29% de l'échantillon. Il se caractérise surtout par des pratiques éducatives parentales lacunaires dans presque tous les cas et par une relation parent-enfant difficile dans plus d'un cas sur deux. C'est dans ce sous-groupe que l'on observe aussi la plus forte proportion de jeunes présentant un trouble extériorisé.

Le sous-groupe 3 représente, quant à lui, 21% de l'échantillon. Il se distingue plus particulièrement par des lacunes sur le plan des ressources. En fait, presque toutes les familles de ce sous-groupe sont confrontées à une pauvreté sévère, trois familles sur quatre sont monoparentales et un parent sur trois n'a pas complété ses études secondaires. On note également des pratiques éducatives lacunaires dans une famille sur trois. Enfin, quatre enfants de ce sous-groupe sur cinq présentent un trouble extériorisé.



Enfin, le sous-groupe 4 représente 20% de l'échantillon. Ce sous-groupe se caractérise par un cumul imposant de conditions adverses, notamment la monoparentalité et la pauvreté dans trois familles sur quatre, un problème de santé mentale chez les parents dans deux familles sur trois, des problèmes de fonctionnement sur le plan familial et des pratiques éducatives lacunaires dans une famille sur deux. En outre, il ressort que deux enfants sur cinq ont un retard scolaire et que pratiquement tous présentent un trouble extériorisé. Il s'agit du sous-groupe où le portrait clinique des familles est le plus sévère.

## 4. Discussion

Cette étude visait à identifier différents profils familiaux chez les enfants présentant des problèmes de comportement en milieu scolaire. L'étude se justifiait, d'une part, par le manque de données concernant les caractéristiques des familles de ces élèves et, d'autre part, par la nécessité de mieux cerner les besoins des jeunes à desservir par les intervenants des milieux scolaires. La classification qui a résulté de notre analyse de regroupement a permis d'identifier quatre sous-groupes de familles présentant chacune des difficultés plus ou moins marquées. Différents types d'interventions sont donc à prévoir pour répondre aux besoins différenciés des jeunes et des familles.

Compte tenu de la forte proportion d'enfants présentant des difficultés comportementales extériorisées, il est important de mettre en place une intervention psychoéducatrice qui privilégie un travail direct auprès des enfants et qui utilise les événements du quotidien tant en milieu scolaire que dans la famille pour les amener à adopter des conduites plus appropriées selon les contextes et pour les soutenir dans leur développement (Gendreau, 2001).

Selon les résultats de nos analyses, les familles du sous-groupe 1 sont confrontées à très peu de conditions adverses. Ce profil clinique se caractérise plutôt par un retard scolaire et un trouble extériorisé des enfants. Dans ce type de situations, l'intervention devrait principalement viser la réduction des problèmes de comportement chez les enfants. De plus, les intervenants devraient apporter du soutien aux parents dans l'aide qu'ils apportent à leur enfant sur le plan scolaire.

Dans les familles du sous-groupe 2, on note des situations cliniques où les parents reconnaissent avoir des difficultés dans leurs pratiques éducatives et dans leur relation avec leur enfant. En outre, ces enfants présentent presque tous un trouble extériorisé. Avec ce profil clinique, les intervenants auraient avantage à proposer aux parents une intervention de groupe avec d'autres parents en difficulté visant le développement des connaissances et des compétences des parents sur le plan de leurs pratiques éducatives et l'amélioration de la relation parents-enfant. Selon Kazdin (1997), en effet, ce type d'intervention est l'un des plus efficaces pour favoriser les compétences parentales et la réduction des problèmes de comportement chez les enfants. Dans les situations où les parents sont réfractaires à l'intervention de groupe, des rencontres régulières avec les parents seraient à prévoir pour les aider à ajuster leurs pratiques éducatives aux caractéristiques de leur enfant et pour améliorer la qualité de leur relation avec l'enfant. Le contenu de ces rencontres pourrait être calqué sur celui abordé dans les groupes de parents.

Chez les familles du sous-groupe 3, les principaux problèmes reconnus par le parent concernent les ressources dont il dispose pour assumer son rôle. En effet, le parent est souvent seul

pour répondre aux demandes quotidiennes des enfants, il a peu de moyens financiers pour satisfaire les besoins de la famille et est souvent peu scolarisé, ce qui réduit ses chances d'intégrer le marché du travail ou d'occuper un emploi bien rémunéré. En outre, certains parents de ce sous-groupe reconnaissent présenter des difficultés dans l'exercice de leurs pratiques éducatives. Ces parents pourraient, bien sûr, bénéficier d'une intervention de groupe. Mais dans ce type de situations cliniques, les intervenants devraient d'abord et avant tout être attentifs à la réalité stressante des parents, leur apporter du soutien sur le plan personnel, les aider à trouver des ressources communautaires et éviter de les submerger avec des demandes trop importantes. En donnant du soutien aux parents tant sur le plan psychologique que sur le plan des ressources matérielles, on pourra favoriser une augmentation de leur disponibilité et de leur collaboration dans les interventions réalisées auprès de leur enfant.

Enfin, les familles du sous-groupe 4 paraissent confrontées à un cumul important de conditions adverses. À notre avis, ces situations difficiles, caractérisées à la fois par des difficultés sur le plan des ressources des familles, de la santé mentale des parents, des pratiques éducatives et des problèmes de comportement des enfants, ne peuvent être assumées uniquement par les intervenants des milieux scolaires. Pour ce type de profil clinique, il serait souhaitable d'établir des liens étroits entre le milieu scolaire et différents services du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires pour être en mesure d'offrir à ces familles des réponses adaptées et concertées aux multiples besoins qu'elles présentent.

#### 4.1 Apports et limites de l'analyse de regroupement

L'analyse de regroupement réalisée dans cette étude suggère donc que la réalité familiale des enfants desservis à l'école pour des problèmes de comportement peut être très différente d'un enfant à l'autre. Cette approche statistique permet donc de confirmer l'hypothèse de l'hétérogénéité des milieux familiaux d'où proviennent les enfants présentant des problèmes de comportement et recevant à l'école primaire des services éducatifs spécialisés. Dans la mesure où ces profils familiaux sont susceptibles d'avoir une influence plus ou moins favorable sur l'évolution des enfants, les regroupements issus de l'étude peuvent constituer une base de référence pour les décideurs lorsqu'ils doivent voir à la planification des services à mettre en place en milieu scolaire. Ils peuvent également être une source de réflexion pour les professionnels qui développent des interventions diversifiées pour répondre aux besoins singuliers des enfants et des familles.

Cependant, malgré son intérêt, l'analyse de regroupement présente certaines limites que l'on ne peut ignorer. En effet, bien que le choix des variables caractérisant les profils cliniques s'appuie sur un modèle théorique de l'inadaptation (Toupin *et al.*, 2000) et sur une recension d'écrits portant sur les variables familiales les plus fréquemment observées en association avec les problèmes de comportement (Pauzé *et al.*, 2004), ces variables doivent nécessairement être définies de manière dichotomique pour les besoins de l'analyse, ce qui peut influencer la composition des sous-groupes identifiés. En effet, la modification du critère définissant telle ou telle variable incluse dans l'équation – par exemple, le seuil de pauvreté des familles ou le seuil définissant le dysfonctionnement relationnel – peut changer, en partie, la composition des sous-groupes identifiés. De ce fait, les frontières qui déterminent chacun des sous-groupes sont toujours un peu floues de même que les pourcentages associés. Il faut donc être prudent dans l'estimation que l'on fait de la proportion de chacun des sous-groupes identifiés.



## Références

- Aldenderfer, M.S. et Bashfield, R.K. (1984). *Cluster Analysis*. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> édition). Washington, DC : APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> édition). Washington, DC : APA.
- Bolduc, N. (1992). *Lien entre le fonctionnement familial et le rendement scolaire chez les élèves de 3<sup>e</sup> année du primaire*. Mémoire de maîtrise en médecine, Université de Sherbrooke.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C. et Saint-Georges, M. (1998). The diagnostic interview schedule for children (DISC 2.25) in Quebec. Reliability findings in the light of the MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M.H. et Offord, D.R. (1988). Ontario Child Health Study : Reliability and Validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27(1), 97-104.
- Conseil supérieur de l'éducation (2001). *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire : comprendre, prévenir, intervenir*. Québec : CSE.
- Déry, M., Lapalme, M., Toupin, J., Verlaan, P. et Pauzé, R. (à paraître). Hétérogénéité des troubles du comportement au primaire et situation sociale et familiale des élèves. *Revue des sciences de l'éducation*.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 175-181.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M. et Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Fournier, L., Lesage, A.D., Toupin, J. et Cyr, M. (1997). Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization : A Montreal catchment area study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(7), 737-742.
- Frick, P.J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Instrument non publié. Tuscaloosa, AL : Université d'Alabama.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficultés et intervention psychoéducative*. Montréal : Éditions Sciences et cultures.
- Hudson, W.W. (1982). *The clinical measurement package : A field manual*. Homewood, IL : Dorsey Press.
- Kazdin, A. (1997) Parent management training : Evidence, outcomes and issues. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.
- Kershaw, P. et Sonuga-Barke, E. (1998). Emotional and behavioural difficulties : Is this a useful category? The implications of clustering and co-morbidity, the relevance of a taxonomic approach. *Educational and Child Psychology*, 15(4), 45-55.
- Lahey, B.B., Waldman, I.D., McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior : An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 669-682.
- Mattison, R.E., Gadow, K.D., Sprafkin, J. et Nolan, E.E. (2002). Discriminant validity of a DSM-IV-based teacher checklist : Comparison of regular and special education students. *Behavioral Disorders*, 27(4), 304-316.
- Noursis, M.C. (2002). SPSS 11,0. *Guide to Data Analysis*. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Pauzé, R., Joly, J. et Poitras, L. (2004) *Programme d'interventions intensives pour les jeunes âgés de 6 à 17 ans et leur famille référés à l'application des mesures du Centre jeunesse Estrie pour des problèmes de comportement sérieux*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Place, M., Wilson, J., Martin, E. et Hulsmeier, L. (2000). The frequency of emotional and behavioural disturbance in an EBD school. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(2), 76-80.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Connors, C.K. et Regier, D. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R) : I. Preparation, field testing, inter-rater reliability and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 643-650.

- Shelton, K.K., Frick, P.J. et Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329.
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J. et Patterson, G. (2005). The contribution of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 41(1), 30-41.
- Toupin, J. et Pauzé, R. (2004). *Guide du portrait synthèse du jeune et de sa famille*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Toupin, J., Pauzé, R. et Déry, M. (2000). Modèle conceptuel des inadaptations sociales de l'enfance pour la définition et l'évaluation des activités d'intervention. *Les Cahiers de l'Actif*, 288-291, 115-130.
- Valla, J.P., Breton, J.J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*. Rapport synthèse. Rivières-des-Prairies : Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec.