

No 11-522-XIF au catalogue

**La série des symposiums internationaux
de Statistique Canada - Recueil**

**Symposium 2006 : Enjeux
méthodologiques reliés à la
mesure de la santé des
populations**



2006



Statistics
Canada

Statistique
Canada

Canada

Enjeux méthodologiques liés à la mesure de la santé mentale des enfants et des jeunes en Grande-Bretagne

H. Meltzer¹, A. Wilmot² et A. Dewar²

Résumé

En 1999, la première enquête représentative à l'échelle nationale de la santé mentale des enfants et des jeunes de 5 à 15 ans a été menée en Grande-Bretagne. Une deuxième enquête a été réalisée en 2004. Ces enquêtes avaient trois objectifs : estimer la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes, examiner leur utilisation des services de santé, des services sociaux et des services éducatifs et analyser les facteurs de risque liés aux troubles mentaux. On a mené respectivement 10 500 et 8 000 interviews. Il a fallu aborder certaines questions essentielles concernant un grand nombre d'enjeux méthodologiques et prendre des décisions en tenant compte des facteurs étudiés dans le présent document.

MOTS-CLÉS : Troubles mentaux; enfants; épidémiologie.

1. Introduction

En 1999, la première enquête représentative à l'échelle nationale de la santé mentale des enfants et des jeunes de 5 à 15 ans a été menée en Grande-Bretagne. Une deuxième enquête a été réalisée en 2004. Ces enquêtes ont été menées par le Office for National Statistics (ONS) du Royaume-Uni pour le compte du ministère de la Santé britannique. Elles avaient trois objectifs : estimer la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes, examiner leur utilisation des services de santé, des services sociaux et des services éducatifs et analyser les facteurs de risque liés aux troubles mentaux.

Les interviews ont été menées sur place à l'aide d'une IPAO³ par des intervieweurs qualifiés et expérimentés. Comme il s'agissait également d'interviewer des enfants de 11 ans et plus, les intervieweurs ont reçu une formation supplémentaire.

On a mené respectivement 10 500 et 8 000 interviews auprès des enfants. On a aussi réalisé des interviews avec l'un des parents de chaque enfant, au moyen de l'IPAO, et de l'un de ses enseignants, qui a rempli un questionnaire postal.

Il a fallu aborder certaines questions essentielles et très complexes concernant un grand nombre d'enjeux méthodologiques. Certaines avaient trait à la logistique d'une enquête menée auprès d'enfants; d'autres, à l'évaluation des troubles mentaux chez les jeunes. Nous les abordons selon une typologie qui montre les étapes du processus d'enquête.

2. Plan d'échantillonnage

Pour obtenir un échantillon représentatif des enfants de Grande-Bretagne, nous avons envisagé plusieurs méthodes : effectuer une sélection postale de la population pour repérer les ménages avec enfants, procéder à un échantillonnage dans les écoles, consulter des bases de données administratives et mener des enquêtes de suivi. Nous avons décidé de prélever l'échantillon dans les dossiers administratifs concernant la prestation pour enfants, tenus par le Child Benefit Centre (CBC). Les parents d'enfants de moins de 16 ans vivant au Royaume-Uni ont droit à des prestations pour chaque enfant, sauf si l'enfant est pris en charge par les services sociaux. Nous avons préféré l'utilisation de ces dossiers centralisés comme base de sondage à une sélection postale de plus de 100 000 adresses et à l'échantillonnage dans les écoles. La sélection postale aurait été trop longue et trop coûteuse. En outre, il est parfois difficile d'obtenir une réponse à un contact par la poste. Nous avons écarté l'échantillonnage dans les écoles parce que nous voulions communiquer d'abord avec les parents, qui pouvaient alors consentir par écrit à ce que nous interrogiions l'enseignant de l'enfant. Une enquête de deux heures nous semblait trop longue comme suivi d'autres enquêtes.

¹ Department of Health Sciences, Université de Leicester, R.-U.

² Office for National Statistics, Londres, Angleterre.

³ Interview sur place assistée par ordinateur.

L'utilisation de dossiers centralisés présente certains inconvénients, car l'accès aux dossiers peut être difficile et la base de sondage n'est pas nécessairement exacte ni exhaustive. Nous savions que certains dossiers concernant la prestation pour enfants contenaient des adresses sans code postal : 10 % lors de la première enquête et 5 % lors de la deuxième. Toutefois, rien n'indiquait que la présence ou l'absence du code postal avait une incidence sur les dossiers du CBC. Les adresses sans code postal sont probablement celles de personnes qui ne connaissaient pas leur code postal au moment de demander la prestation pour enfants ou qui ont simplement oublié de l'inscrire sur le formulaire. Si d'autres facteurs distinguent les ménages selon que leur adresse porte ou non un code postal, il est essentiel de savoir dans quelle mesure ces facteurs sont liés à la santé mentale des enfants. Comme ces facteurs sont inconnus, nous ignorons quels biais on aurait introduits dans l'enquête en omettant les adresses sans code postal.

Les enfants pris en charge par les services sociaux ne représentent que 0,5 % de la population, mais constituent un groupe vulnérable qui présente des taux supérieurs de troubles mentaux. Pour s'assurer d'inclure ces enfants dans la recherche, on les a soumis à une enquête distincte (Meltzer *et coll.*, 2003).

Nous avons également exclu de la base de sondage initiale les cas où un changement était survenu, par exemple le décès de l'enfant ou un changement d'adresse. Il s'agit simplement de formalités administratives, par opposition à une procédure juridique concernant l'enfant; elles n'auraient donc entraîné aucun biais dans l'échantillon.

2.1 Préoccupations éthiques concernant l'échantillonnage

Afin de respecter les lignes directrices en matière de protection des données, nous avons dû franchir plusieurs étapes pour obtenir notre échantillon d'enfants. Nous avons d'abord fourni au CBC la liste des 475 secteurs postaux que nous voulions couvrir après stratification⁴. Nous avons ensuite expliqué au CBC comment calculer le taux d'échantillonnage à appliquer à ses dossiers afin de sélectionner, dans chaque secteur postal, 30 enfants dont les parents recevaient la prestation pour enfants. Le CBC a alors envoyé en notre nom une lettre informant les parents de notre enquête et leur donnant la possibilité de ne pas y participer.

La première enquête nationale sert d'exemple d'utilisation de la base de données des dossiers concernant la prestation pour enfants : au nom de l'ONS, le CBC a envoyé 14 250 lettres, soit 30 lettres pour chacun des 475 secteurs postaux. Parmi les adresses échantillonnées, 931 parents (6,5 %) ont communiqué avec l'ONS en composant un numéro de téléphone sans frais pour décliner l'invitation à participer et 790 autres (5,5 %) ont été jugés inadmissibles selon la définition de population observée. La principale raison de l'inadmissibilité était que la famille avait déménagé et qu'on ne pouvait la retracer. Elle comptait pour 629 des 790 parents inadmissibles (4,4 % de l'ensemble). Les autres raisons de l'inadmissibilité étaient que l'enfant était décédé, qu'il était placé en famille d'accueil, qu'il n'appartenait pas au groupe d'âge (5 à 15 ans) ou que la famille avait émigré.

2.2 Exactitude de la base de sondage

Lorsque l'intervieweur se présentait à l'adresse de l'enfant échantillonné, sa première tâche consistait à déterminer si la famille y habitait toujours et si le nom était exact. Avant l'enquête proprement dite, on avait mené une étude pré-pilote et une enquête pilote. Cette dernière avait révélé qu'environ 5 % des adresses obtenues du CBC étaient périmées parce que les familles avaient déménagé sans en aviser le CBC. Dans de nombreux cas, la prestation pour enfants était versée directement dans un compte bancaire et aucune formalité n'incitait le parent à informer le CBC d'un changement d'adresse. Comme il s'agissait d'une enquête nationale, on a tenté de retracer les familles qui avaient déménagé pour leur réaffecter un autre intervieweur qui travaillait dans le voisinage de la nouvelle adresse. Les intervieweurs ont aussi constaté que, dans de nombreux cas, les noms de l'enfant sélectionné et de la mère avaient changé en raison d'un remariage, d'un changement de conjoint, etc. À cet égard, les intervieweurs ont aussi également vérifié qu'ils étaient à la bonne adresse.

⁴ La stratification vise à améliorer la précision d'un échantillon aléatoire.

3. Déroulement des interviews

3.1 Ordre de l'interview

La première étape de l'interview consistait à mener une interview directe de 45 minutes avec le parent pour l'interroger sur l'état et le comportement émotionnels de l'enfant. Elle comportait un élément de cinq minutes à remplir soi-même comprenant le questionnaire GHQ12 (Goldberg et Williams, 1988) et l'échelle de fonctionnement général tirée du dispositif d'évaluation des familles de McMaster (Byles *et coll.*, 1988). Après l'interview avec le parent, on a demandé l'autorisation de poser des questions à l'enfant échantillonné. Les enfants de 11 à 15 ans ont subi une interview directe et ont entré à l'ordinateur portatif des renseignements sur leur consommation de tabac, d'alcool et de drogues en répondant à un questionnaire à remplir soi-même au moyen de la technique de l'AIAO⁵. Pour les enfants placés en famille d'accueil, on a utilisé l'audio-AIAO. Tous les enfants, de 5 à 15 ans, ont subi des tests de lecture et d'orthographe.

Après avoir interviewé le parent et l'enfant, on a demandé au parent l'autorisation écrite de communiquer avec l'enseignant de l'enfant. On lui a aussi demandé de désigner l'enseignant qui, selon lui, connaissait le mieux l'enfant. Même si l'enfant avait été renvoyé ou exclu de l'école au cours des derniers mois, on a cherché des noms d'enseignants à titre de personnes-ressources. Avant de poster le questionnaire des enseignants, on a pris diverses mesures pour maximiser la réponse de ces derniers. Par exemple :

- on a inséré un paragraphe décrivant l'enquête dans un journal envoyé régulièrement à tous les enseignants;
- on a informé les enseignants en chef de la tenue de l'enquête et de l'étendue de la participation des enseignants;
- une semaine avant l'envoi des questionnaires postaux, on a informé les enseignants en chef de toutes les écoles des enfants échantillonnés que certains enseignants recevraient un questionnaire à remplir;
- le plan d'échantillonnage (475 secteurs postaux et la stratification de la liste du CBC) visait à réduire le fardeau des enseignants pour que la plupart n'aient pas à remplir de questionnaires concernant plus de deux enfants.

3.2 Choix du parent à interviewer

Dans la plupart des cas (plus de 95 %), l'interview avec le parent a été menée avec la mère, qui était habituellement présente au moment de la visite de l'intervieweur. Dans les cas où l'on a interviewé le père, c'était habituellement parce que la mère ne parlait pas suffisamment l'anglais pour répondre à l'interview. Dans les autres cas, il s'agissait d'un père qui vivait seul ou qui était seul à la maison la plupart du temps.

3.3 Logistique de l'organisation des interviews

En raison de la durée imprévisible de l'interview, les intervieweurs devaient prendre rendez-vous à un moment où les parents disposaient de 90 à 120 minutes. C'était souvent difficile pour les parents qui avaient plus d'un enfant à aller chercher à l'école et à la garderie et pour les parents qui travaillaient. Dans certains secteurs, l'intervieweur devait parfois prévoir une interview le matin, puis la compléter plus tard lorsque tous les enfants étaient rentrés de l'école ou les parents, rentrés du travail. Des intervieweurs ont affirmé que certains enfants avaient encore plus d'activités sociales que leurs parents, ce qui exigeait une grande souplesse (de la part de l'intervieweur) pour mener l'interview avec le parent et l'interview avec l'enfant.

3.4 Confidentialité

La nécessité de mener les interviews en privé a également influé sur la logistique de la prise de rendez-vous. Il était évidemment plus simple pour le parent de fournir des renseignements sur son enfant s'il était seul, ce qui était manifestement difficile pour les parents qui travaillaient. Par définition, l'interview avec l'enfant devait être menée avec l'enfant seul, lorsqu'il était rentré de l'école, d'où la nécessité d'exclure le reste de la famille pendant une période qui pouvait être assez longue. Certains parents étaient d'abord déconcertés que l'intervieweur demande à voir l'enfant isolément, mais la grande majorité étaient satisfaits des explications données. Lorsque les parents refusaient de quitter la pièce, l'intervieweur s'asseyait à côté de l'enfant et lisait les questions, mais demandait à l'enfant d'entrer ses réponses à l'ordinateur portatif.

⁵ Auto-interview assistée par ordinateur.

3.5 Utilisation de l'autodéclaration pour poser des questions délicates

Si la présence d'un intervieweur est importante pour maintenir la qualité des données et de la réponse à une enquête, elle peut cependant influencer les réponses du répondant aux questions de l'enquête, surtout lorsque ces questions concernent des sujets délicats. Les répondants font preuve d'un « biais dû à la désirabilité sociale » en donnant des réponses qu'ils jugent conformes aux croyances de l'intervieweur ou aux normes de la société en général (Dillman, 2000). Outre la présence de l'intervieweur, celle d'autres personnes peut aussi influencer sur les réponses données (Bajekal et Purdon, 2001). Scott (1997) mentionne que les enfants sont tout aussi portés que les adultes à faire preuve d'un biais dû à la désirabilité sociale.

Afin de surmonter les effets éventuels de la désirabilité sociale, on a utilisé des méthodes d'autodéclaration pour demander des renseignements délicats. À cet égard, l'AIAO s'avère beaucoup plus efficace que les méthodes d'autodéclaration sur papier, la recherche ayant révélé que les enfants avaient plus de mal que les adultes à suivre l'enchaînement des questions (Zuckerberg et Hess, 1996).

Si la réalisation de l'AIAO au moyen de l'ordinateur portable pour poser des questions délicates (comportement désagréable et dérangeant, consommation de tabac, d'alcool et de drogues) à des enfants de 11 à 15 ans semblait efficace, les divers types de consommation et d'abus de substances psychotropes étaient cependant sous-déclarés par rapport aux enquêtes nationales sur la consommation de tabac et d'alcool menées collectivement en milieu scolaire (Goddard et Higgins, 1999).

3.6 Problèmes de langue

Dans certains cas, aucun des deux parents ne maîtrisait suffisamment l'anglais pour être interviewé. En outre, il était très difficile de formuler en anglais certaines questions portant sur la santé mentale des enfants (obsessions, compulsions, etc.). Pour surmonter cette difficulté, on a remis aux parents un questionnaire équivalent de deux pages, rédigé dans une quarantaine de langues. On a utilisé ce questionnaire, sous forme d'autodéclaration, au lieu de mener l'interview directe avec le parent.

3.7 Paiements incitatifs

À l'étape de l'enquête-pilote, on a étudié la possibilité de verser des paiements incitatifs. La plupart des adolescents ont accepté d'être interviewés sans ce genre d'incitation. L'absence de paiement incitatif ne semble pas avoir eu d'incidence sur la réponse à l'enquête proprement dite, comme le montre le taux de réponse global élevé, soit 96 % des familles participantes. Un petit nombre de jeunes ont accepté d'être interviewés contre un paiement incitatif, mais la tendance n'était pas assez répandue pour qu'on recommande le recours généralisé à cette pratique.

4. Plan d'enquête

Nous avons deux décisions essentielles à prendre quant à la façon de mesurer la prévalence des troubles mentaux des enfants et des adolescents. La première consistait à adopter un plan d'enquête à une phase ou à deux phases, c.-à-d. poser toutes les questions à tous les répondants ou effectuer d'abord une brève sélection applicable à tous les enfants, puis une évaluation détaillée de tous les diagnostics positifs et d'un échantillon de diagnostics négatifs. La deuxième question essentielle consistait à déterminer qui nous allions interviewer. Nous avons décidé d'adopter un plan d'enquête à un degré et d'interviewer les parents, les enfants de 11 ans et plus et les enseignants.

4.1 Plan à une ou à deux phases?

Environ la moitié des enquêtes nationales menées dans d'autres pays utilisent l'approche à plusieurs méthodes et à plusieurs degrés de Rutter *et coll.* (1970) pour vérifier les cas potentiels. Cette approche consiste à utiliser comme instruments de sélection du premier degré des échelles d'évaluation remplies par des enfants au-delà d'un certain âge, par les parents ou par les enseignants. Les sujets dont le score est supérieur au score-seuil sont considérés comme des cas potentiels et font l'objet d'une évaluation. On sélectionne également un petit échantillon de personnes dont le score est inférieur au score-seuil pour une interview afin d'évaluer la fréquence des faux négatifs, c.-à-d. les personnes qui ont des problèmes, mais dont le score sur l'échelle d'évaluation était inférieur au score-seuil. Au deuxième degré, les enfants dont le score est supérieur au score-seuil et un

échantillon de ceux dont le score est inférieur à cette valeur sont interviewés au moyen de l'interview psychiatrique structurée ou semi-structurée. On pose alors des diagnostics catégoriels. C'est au terme de ce processus à deux degrés qu'on détermine la prévalence globale d'un trouble.

L'autre méthode diagnostique ne repose pas sur l'approche à plusieurs méthodes et à plusieurs degrés. Tous les enfants et adolescents repérés au moyen de la méthode d'échantillonnage initiale sont admissibles à une évaluation diagnostique. Cette méthode offre plusieurs avantages :

- On recueille des renseignements détaillés sur tous les enfants. On peut produire une répartition de l'échantillon sur toutes les sous-échelles, même si seuls les enfants dont le score est supérieur au seuil présentent une psychopathologie.
- L'enquête ayant pour objet d'étudier l'utilisation des services, les carences sociales, les situations stressantes, les facteurs de risque et la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, il importe aussi, à des fins de comparaison, de disposer de ces renseignements pour tous les enfants.
- Vu la possibilité d'introduire un élément longitudinal dans l'enquête, on peut sélectionner des contrôles parmi un vaste groupe d'enfants qu'on pourrait apparier en fonction de plusieurs caractéristiques aux enfants qui présentent des symptômes psychiatriques importants pendant l'interview du premier degré.
- Un plan d'enquête à une phase est plus susceptible d'accroître le taux de réponse global qu'un plan à deux phases (sélection, puis évaluation clinique).
- Un plan à un degré réduit le fardeau imposé aux répondants. Idéalement, un plan à deux phases consisterait à soumettre un questionnaire de sélection au parent, à l'enseignant ainsi qu'à l'enfant, puis à faire subir une interview d'évaluation à l'enfant et au parent. Un plan à un degré consisterait seulement à interviewer le parent et l'enfant et, dans la mesure du possible, à soumettre un questionnaire à l'enseignant.
- L'un des avantages d'un plan à une phase sur un plan à deux phases est qu'on peut le réaliser dans un laps de temps beaucoup plus bref.

Le principal inconvénient d'un plan à un degré est le coût; un plan à deux degrés est beaucoup moins coûteux à réaliser, mais il est susceptible d'accroître le biais et de réduire la précision.

5. Conception du questionnaire

À la suite de l'étude pré-pilote et de l'enquête-pilote, l'analyse des données et les comptes rendus des intervieweurs ont permis d'éclairer la conception finale du questionnaire en ce qui concerne la formulation des questions, les options de réponse et l'ordre dans lequel les questions étaient posées.

Pour mesurer la morbidité psychiatrique, les chercheurs ont toujours estimé qu'il fallait choisir entre une interview très structurée menée par un intervieweur non professionnel et une interview informelle et semi-structurée menée par un clinicien. Le questionnaire conçu pour notre enquête visait à combiner certaines des meilleures caractéristiques des mesures structurées et semi-structurées. L'utilisation des mesures semi-structurées existantes pour une vaste enquête nationale aurait été malaisée et beaucoup trop coûteuse, car il aurait fallu recruter une équipe de quelques centaines d'intervieweurs ayant reçu une formation clinique ou offrir une formation et une supervision supplémentaires de longue durée à des intervieweurs non professionnels.

Étant donné l'impératif pratique et financier de faire appel à des intervieweurs non professionnels ayant reçu une formation supplémentaire relativement restreinte, il était clair que l'interview devait être très structurée. L'inconvénient de recourir entièrement aux interviews structurées existantes est que, sur le plan clinique, les résultats sont beaucoup moins convaincants que ceux d'une enquête fondée sur des interviews semi-structurées. Lorsque les répondants subissent une interview très structurée, ils déclarent souvent trop de symptômes et de syndromes rares parce qu'ils n'ont pas vraiment compris les questions (Brugha *et coll.*, 1999). Pour contourner ce problème, le questionnaire comportait une interview structurée complétée par des questions ouvertes. Lorsque les réponses aux questions structurées révélaient des symptômes précis, l'intervieweur posait des questions ouvertes et formulait des invites supplémentaires pour amener le parent à décrire le problème dans ses propres mots. La formulation des invites était uniformisée.

5.1 Données cliniques

Les intervieweurs ont transcrit textuellement les réponses aux questions ouvertes et les autres observations des répondants, mais sans les évaluer. Ils avaient également la possibilité de formuler au besoin des observations

supplémentaires concernant la compréhension et la motivation des répondants. Une petite équipe de cliniciens expérimentés a examiné les transcriptions et les observations des intervieweurs pour s'assurer que les réponses aux questions structurées n'étaient pas trompeuses. Les mêmes évaluateurs cliniques pouvaient aussi considérer les renseignements contradictoires fournis par différents répondants et déterminer à quelle déclaration accorder la priorité. En outre, les enfants qui avaient des problèmes cliniquement pertinents, mais qui ne répondaient pas entièrement aux critères diagnostiques opérationnalisés pouvaient recevoir un diagnostic approprié de la part des évaluateurs cliniques. Aucun outil diagnostique existant ne combine ainsi les avantages des évaluations structurées et semi-structurées; c'est pourquoi on a spécialement conçu un nouvel ensemble de mesures pour cette enquête. Les nouvelles mesures et leur validité sont décrites en détail dans une autre source (Goodman *et coll.*, 2000).

5.2 Un ou plusieurs répondants?

Si presque toutes les premières études épidémiologiques étaient menées auprès d'un seul répondant, les études récentes (dans le cadre de l'approche à plusieurs méthodes et à plusieurs degrés) ont cependant étendu la collecte de données aux renseignements recueillis auprès des parents, des enseignants et des enfants eux-mêmes. Selon Hodges (1993), les enfants et les adolescents peuvent répondre à des questions directes portant sur leur état mental et rien n'indiquait que le fait de poser ces questions directes présente des risques de morbidité ou de mortalité. Toutefois, les renseignements provenant de plusieurs sources constituent un meilleur prédicteur de trouble que ceux provenant d'une seule source. Bon nombre de cliniciens et de chercheurs expérimentés en pédopsychiatrie croient que les renseignements recueillis auprès de plusieurs répondants permettent de mieux diagnostiquer un cas individuel. La concordance entre les réponses de l'enfant et celles du parent varie selon le type de pathologie mais, à l'échelle de la population, les renseignements fournis par plusieurs répondants rehaussent la spécificité des estimations de la prévalence (Young *et coll.*, 1987; Angold, 1989; Hodges, 1993).

6. Analyse

6.1 Combinaison de renseignements provenant de diverses sources

L'un des problèmes, tant qualitatifs que quantitatifs, de la collecte de renseignements provenant de diverses sources et sous différentes formes consiste à trouver la meilleure façon d'intégrer les renseignements apparemment discordants. Une méthode consiste à accepter un diagnostic sans égard à sa source (Bird *et coll.*, 1992). D'autres préconisent des évaluations sous forme d'« illustration de cas », qui consistent à poser des jugements cliniques en fonction d'observations détaillées provenant de plusieurs sources (Goodman *et coll.*, 1996).

Cette méthode de l'illustration de cas pour analyser les données d'enquête utilise une évaluation clinique fondée sur un examen de tous les renseignements concernant chaque répondant. Ces renseignements comprennent non seulement les réponses au questionnaire et à l'interview structurée, mais aussi les observations supplémentaires de l'intervieweur et la transcription des observations des répondants en réponse aux questions ouvertes, surtout celles portant sur les problèmes importants de l'enfant. La méthode de l'illustration de cas a fait l'objet de nombreux essais sur des échantillons tirés dans la collectivité et des échantillons cliniques lors de l'étude pré-pilote et de l'enquête-pilote.

Grâce à cette méthode, les évaluateurs cliniques ont accompli quatre grandes tâches. Premièrement, ils ont étudié les transcriptions pour vérifier si les répondants semblaient avoir compris les questions très structurées. Cette tâche s'est avérée particulièrement utile dans le cas de symptômes relativement inhabituels comme ceux d'obsessions et de compulsions : même lorsque des parents ou des jeunes répondaient « oui » à des questions concernant ces symptômes, il arrivait souvent que leur description du problème ne correspondait pas à ce qu'un clinicien considérerait comme une obsession ou une compulsion.

Deuxièmement, les évaluateurs cliniques ont interprété les renseignements contradictoires fournis par les répondants. L'examen des transcriptions et des observations des intervieweurs permet souvent de déterminer à quelle déclaration accorder la priorité. En examinant toutes les déclarations, on peut constater qu'un répondant donne une description convaincante des symptômes, alors que l'autre, sur la défensive, les minimise. Inversement, un répondant peut manifestement exagérer.

Troisièmement, les évaluateurs cliniques se sont employés à déceler les troubles affectifs, les troubles de comportement et les problèmes d'hyperactivité qui échappent aux diagnostics « opérationnalisés ». Lorsque

l'enfant présente un problème important du point de vue clinique, mais qui ne répond pas aux critères diagnostiques opérationnalisés, le clinicien peut poser un diagnostic « non spécifié ailleurs (n.s.a.) », par exemple : « trouble d'anxiété n.s.a. » ou « comportement perturbateur n.s.a. ».

Quatrièmement, les évaluateurs cliniques se sont fondés avant tout sur les transcriptions pour diagnostiquer des troubles moins répandus comme l'anorexie mentale, le syndrome de la Tourette, l'autisme, l'agoraphobie ou la schizophrénie. Les symptômes pertinents sont si distinctifs que la description fournie par le répondant est souvent indiscutable.

6.2 Réponse et non-réponse

Dans la plupart des cas, on disposait de données fournies par le parent et par l'enfant mais, dans bon nombre de cas (20 %), l'enseignant n'a fourni aucun renseignement.

On peut supposer qu'en présence d'un ensemble complet de données provenant de la famille et de l'enseignant, les psychiatres feraient, en moyenne, une évaluation exacte. S'ils pouvaient utiliser les renseignements provenant de la famille et de l'enseignant pour évaluer tous les enfants de la population et si nous pouvions calculer la moyenne des résultats de ce recensement sur un grand nombre de passages répétés dans des conditions identiques, les psychiatres connaîtraient donc le niveau de prévalence d'un trouble au sein de la population. Si l'on disposait de ces renseignements complets concernant tous les enfants échantillonnés dans le cadre de l'enquête, le niveau de prévalence estimatif serait donc sans biais par rapport au niveau de prévalence réel; la seule différence tiendrait à l'erreur d'échantillonnage et à l'erreur de réponse. Par contre, si l'on menait des recensements à passages répétés en recueillant uniquement les renseignements fournis par la famille, on obtiendrait une autre mesure de la prévalence moyenne. La question est la suivante : le niveau de prévalence mesuré d'après les renseignements provenant à la fois de la famille et de l'enseignant serait-il le même que d'après les renseignements fournis uniquement par la famille? Si les mesures étaient les mêmes, nous n'aurions pas besoin d'effectuer des corrections pour les données manquantes de l'enseignant. Si les mesures étaient différentes, il faudrait intégrer un facteur de correction aux données recueillies. On détermine la nécessité d'effectuer cette correction en examinant le ratio des diagnostics fondés sur les réponses des parents aux diagnostics cliniques dans les groupes sans renseignements de l'enseignant ($t=0$) et avec renseignements de l'enseignant ($t=1$). Si le ratio est le même, on peut en déduire que les réponses de l'enseignant n'ont pas d'incidence significative. Si le ratio est plus élevé pour le groupe $t=1$, on peut en déduire que les diagnostics cliniques sous-estiment la prévalence d'un trouble en l'absence des réponses de l'enseignant.

On a calculé la prévalence des trois grandes catégories de trouble (troubles affectifs, troubles de comportement, hyperactivité) et des autres troubles pour les conditions $t=0$ et $t=1$, ainsi que les ratios des diagnostics cliniques aux diagnostics fondés sur les réponses des parents. Les résultats correspondaient à ceux de l'évaluation clinique : les réponses de l'enseignant ont une incidence négligeable sur le diagnostic de troubles affectifs, mais une incidence substantielle sur le diagnostic de troubles de comportement et de troubles hyperkinétiques, quoique pour des raisons assez différentes. En ce qui concerne les troubles de comportement, on constate essentiellement que beaucoup d'enfants sont récalcitrants, agressifs et antisociaux à l'école, mais non à la maison. Les psychiatres ont rarement connaissance de ces cas s'ils ne reçoivent pas les réponses de l'enseignant. En ce qui concerne les troubles hyperkinétiques, il y a beaucoup d'enfants pour lesquels les réponses des parents ne sont pas concluantes et celles de l'enseignant font pencher la balance (Goodman, 1999). On a donc appliqué aux tables de prévalence les facteurs de correction suivants : troubles affectifs (1,00), troubles de comportement (1,12), troubles hyperkinétiques (1,09) et autres troubles (1,06).

Références

- Angold A (1989) Structured assessments of psychopathology in children and adolescents, in Thompson C (ed), *The Instruments of Psychiatric Research*, John Wiley & Sons Ltd.
- Bajekal M, et Purdon S. (2001) *Social capital and social exclusion: development of a condensed module for the Health Survey for England*, London: The Stationery Office.
- Brugha TS, Bebbington PE et Jenkins R (1999) A difference that matters: comparisons of structured and semi-structured psychiatric diagnostic interviews in the general population, *Psychol Med.* **29**(5):1013-20

- Byles J, Byrne C, Boyle M H et Offord D R (1988) Ontario Child Health Study: Reliability and validity of the General Functioning Scale of the MacMaster Family Assessment Device. *Family Process* **30(1)**, 116–23.
- Dillman D. A., (2000), *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*, 2nd Edition, New York: John Wiley & Sons.
- Goddard E et Higgins V (1999) *Smoking, drinking and drug use among teenagers, Volume 1, England*, London: The Stationery Office.
- Goldberg D et Williams P (1988) *A User's Guide to the General Health Questionnaire*, NFER-NELSON
- Goodman R (1999) Personal communication.
- Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R et Meltzer H (2000) The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology, *J Child Psychol Psychiatry*. **41(5)**:645-55.
- Goodman R, Yude C, Richards H et Taylor E (1996) Rating child psychiatric caseness from detailed case histories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **37**, 369–379.
- Hodges k (1993) Structured Interviews foe Assessing Children, *Journal of Child Psychology*, **34**, 49-68
- Meltzer H, Gatward R, Corbin T, Goodman R et Ford T (2003) *The mental health of young people looked after by local authorities in England*, London: The Stationery Office.
- Scott, J. (1970) *Children as respondents: Methods for improving data quality*. In L. Lyberg, P. Biemer, M. Collins, E. de Leeuw, C. Dippo, N. Schwarz and D. Trewin (Eds), *Survey measurement and process quality* (pp.331-350). New York: Wiley-Interscience.
- Young J G, O'Brien J D, Gutterman E M et Cohen P (1987) Research on the clinical interview. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry* **26,5**, 613–620.
- Zuckberg, A. L., et Hess, J. (1996). Uncovering adolescent perceptions: Experiences conducting cognitive interviews with adolescents. *Proceedings of the Section on Survey Research Methods, American Statistical Association*, 950-955.