



Avis professionnel

*Évaluation du trouble du spectre de
l'autisme, du retard global de
développement et
de la déficience intellectuelle*

Table des matières

Introduction	2
L'évaluation du trouble du spectre de l'autisme (TSA)	
1. Nécessité d'expertise	3
2. Importance du travail multidisciplinaire	3
A. Le médecin	4
B. Le psychologue	5
C. Le neuropsychologue	5
D. L'orthophoniste	5
E. Le psychoéducateur	6
F. L'ergothérapeute	6
G. Le travailleur social	6
3. Hypothèse diagnostique	6
4. Diagnostic provisoire	7
5. Rapport d'évaluation	7
L'évaluation du retard global de développement et de la déficience intellectuelle	
1. Retard global de développement	10
2. Déficience intellectuelle	11
Bibliographie	
ANNEXE A : Trouble du spectre de l'autisme : éléments pertinents au rapport	
ANNEXE B : Déficience intellectuelle : éléments pertinents au rapport	

Acronymes

- CRDI de Québec : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
- DI : Déficience intellectuelle
- DSPRP : Direction des services professionnels, recherche et programmation
- OPQ : Ordre des psychologues du Québec
- RGD : Retard global de développement
- TSA : Trouble du spectre de l'autisme

Introduction

Dans le contexte de l'offre de services spécialisés du CRDI de Québec, dont l'un des mandats consiste à soutenir nos partenaires, nous avons élaboré le présent avis professionnel pour faciliter l'intégration des connaissances en lien avec l'évaluation du TSA, du RGD et de la DI. Plusieurs documents pertinents ont été publiés sur ces sujets, notamment les *Lignes directrices de l'Ordre des psychologues du Québec*. Par cet avis, nous souhaitons d'abord répondre aux questionnements de nos partenaires en lien avec la démarche d'évaluation diagnostique à privilégier pour le TSA. Par la même occasion, nous tenons à offrir un complément d'information en lien avec l'évaluation du RGD et de la DI. Cet avis se veut un outil de référence.

L'évaluation des personnes présentant ces problématiques est une pratique qui demande plusieurs connaissances, dont celle du développement normal et pathologique, du diagnostic différentiel, mais surtout des meilleures pratiques dans le domaine. Donc, nous souhaitons à la lecture de cet avis alimenter vos réflexions, soutenir votre pratique et vous aider à développer votre expertise. Si vous avez des questions en lien avec cette démarche, il nous fera un plaisir de vous conseiller.

Auteurs

Marie-Claude Dolbec M.Ps., psychologue
Emmanuelle Couture D.Psy., psychologue-neuropsychologue
Direction des services professionnels, recherche et programmation (DSPRP)
CRDI de Québec

Information

Pour toute question relative à cet avis professionnel, nous vous invitons à téléphoner au 418 683-2511 et demander d'être référé à un psychologue du Service Accueil, Évaluation, Orientation.

Le document ***Avis professionnel : Évaluation du trouble du spectre de l'autisme, du retard global de développement et de la déficience intellectuelle*** est disponible sur le www.crdiq.qc.ca/documentation

CRDI de Québec
7843, rue des Santolines
Québec (Québec) G1G 0G3
T.418 683-2511
www.crdiq.qc.ca

Note : Dans le présent document, le masculin est utilisé sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

L'évaluation du trouble du spectre de l'autisme (TSA)

En date du 12 janvier 2012, le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26) a été révisé en profondeur. Un des impacts de cette refonte affectent les actes professionnels reconnus par le psychologue. Ce dernier est désormais autorisé à émettre le diagnostic psychologique du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Afin de préciser les exigences pour l'évaluation, l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec ont mis en place le document suivant : « *Lignes directrices : Les troubles du spectre de l'autisme, l'évaluation clinique* » (disponible sur le site internet de l'Ordre des psychologues). Par ailleurs, le *Guide des pratiques exemplaires canadiennes* (Fondation Miriam - 2008) demeure un outil de référence, également accessible sur internet.

Nécessité d'expertise

Les lignes directrices soulignent l'importance de l'expertise du professionnel qui émet un diagnostic de TSA. Ce dernier doit posséder des connaissances cliniques en TSA, une formation, ainsi qu'une expertise en évaluation des TSA. Nous suggérons fortement que ce dernier s'inscrive dans un processus suivi de supervision et de formation continue. Selon les dispositions du *Code de déontologie des psychologues* du Québec, tout psychologue ne peut exécuter un mandat que s'il en juge en avoir les compétences suffisantes. À cet effet, vous pouvez vous référer particulièrement aux articles 5, 7, 38, 39 et 40 du *Code de déontologie des psychologues*.

Importance du travail multidisciplinaire

Tel que stipulé dans les lignes directrices : « *La situation actuelle peut sembler paradoxale. D'une part, on reconnaît que l'évaluation par le psychologue ou le médecin seul peut mener à des conclusions cliniques ouvrant la porte à des services de réadaptation et à des soins spécialisés. D'autre part, l'approche interdisciplinaire ou multidisciplinaire semble incontournable pour intégrer les évaluations de divers professionnels et intervenants et éventuellement établir un plan d'intervention personnalisé¹* ». Donc, il n'y a pas de prescription claire pour le travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire dans les lignes directrices. Le jugement clinique nous guide par contre vers la prudence, et notre expérience nous démontre que pour écarter toute erreur de diagnostic, l'avis complémentaire de professionnels est des plus pertinents, surtout dans les cas complexes.

1. Ordre des psychologues du Québec (2012) *Lignes directrices pour les troubles du spectre de l'autisme : l'évaluation clinique*, p.3

En effet, un tableau fonctionnel global est recommandé dans la littérature pour s'assurer de la compréhension de ce diagnostic complexe : « *L'apport spécifique de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire est un incontournable dans la compréhension de cet enfant* »². L'étude sur l'impact de la Loi 21 sur le diagnostic des TSA, réalisée par D^{re} Myriam Rousseau Ph.D. du CRDITED MCQ - Institut Universitaire³, le souligne. En effet, chaque profession a sa spécificité et son domaine d'expertise. De plus, « *ces équipes peuvent être à la limite "virtuelles" au sens où différents professionnels indépendants peuvent être sollicités à titre de consultants* »⁴. Les professionnels faisant partie d'établissements ou de cliniques différentes peuvent se communiquer entre eux leurs conclusions. Un professionnel agira souvent en pivot pour intégrer ces renseignements dans un rapport qui viendra faire converger toute l'information vers une conclusion commune.

Il est important de ne pas oublier de réaliser une évaluation intellectuelle et adaptative, car : « *L'évaluation des niveaux cognitif et développemental est essentielle au diagnostic des TSA* »⁵. Ce qui est aussi soutenu par l'OPQ, vu le haut taux de prévalence du retard mental avec le TSA. Dans la situation où une évaluation intellectuelle récente vient réfuter la présence de déficience intellectuelle, la réévaluation devient optionnelle. Il est toutefois pertinent parfois, pour le suivi, de bien comprendre le traitement de l'information chez la personne TSA pour adapter les recommandations au plan académique, vocationnel par exemple.

Soulignons qu'une évaluation médicale complète effectuée par le médecin de l'enfant est nécessaire et conditionnelle au diagnostic final, selon les lignes directrices. Sans quoi le diagnostic devrait demeurer provisoire, en attente de recevoir les rapports médicaux. Il n'y a pas de limite quant à la durée possible du diagnostic provisoire qui permet l'accès aux services d'adaptation et réadaptation.

Apport des professionnels :

a) Le médecin

Le médecin s'assure que les difficultés ne sont pas en lien avec un autre trouble, il procède au diagnostic différentiel. Il effectue également une évaluation des conditions

2. Rousseau, M. (2014), *Avis professionnel sur l'émission du diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA)*, CRDITED MCQ - Institut universitaire, p.3

3. Idem.

4. Ordre des psychologues du Québec (2012), *Lignes directrices pour les troubles du spectre de l'autisme : l'évaluation clinique*, p.30

5. En coll. (2008), *Guide des pratiques exemplaires canadiennes : Dépistage, évaluation et diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*, Fondation Miriam, p.17

médicales associées. Il est aussi fortement recommandé d'avoir une évaluation de la condition visuelle et auditive. (p. 20-21 des Lignes directrices), dans la démarche clinique différentielle.

b) Le psychologue

Une anamnèse exhaustive doit être réalisée, ainsi que des observations comportementales directes de l'enfant, de préférence en milieu naturel. L'utilisation d'outils standardisés, tels que l'ADOS et l'ADI-R est conseillée, mais non essentielle dans tous les cas, pour réaliser les évaluations en lien avec le TSA sur les aspects des difficultés sociales et de la communication, des stéréotypies et des atypies du fonctionnement. Le recours à des outils d'évaluation standardisés est requis afin d'évaluer le fonctionnement cognitif (QI) et adaptatif. L'évaluation intellectuelle n'est pas toujours essentielle pour conclure de façon provisoire à la présence de TSA, mais il faudra toutefois le faire éventuellement pour finaliser le processus d'évaluation mené par l'équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire⁶, lorsque des questionnements persistent en lien avec la présence d'un retard mental.

c) Le neuropsychologue

Étant psychologue en premier lieu, ce dernier peut s'acquitter des mêmes tâches. Toutefois, son expertise lui permet aussi d'évaluer l'efficacité des fonctions mentales supérieures, d'identifier la présence de troubles neuropsychologiques ou de troubles des fonctions mentales supérieures⁷. Cette évaluation complémentaire peut s'avérer utile dans certaines situations, mais n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic de TSA. Il est important de préciser que le psychologue, qui n'est pas neuropsychologue, ne peut qu'apprécier et émettre une hypothèse avec des observations comportementales au sujet des fonctions mentales supérieures, mais ne peut pas évaluer les troubles neuropsychologiques⁸.

d) L'orthophoniste

Il est le seul professionnel ayant l'expertise des troubles de la communication et le plus habilité pour mesurer l'impact social des limitations langagières d'une personne. Il permettra d'étudier les diagnostics alternatifs (dont le trouble de la communication

6. Ordre des psychologues du Québec (2012), *Lignes directrices pour les troubles du spectre de l'autisme : l'évaluation clinique*, p.35

7. Ordre des psychologues du Québec (2012), *Lignes directrices pour les troubles du spectre de l'autisme : l'évaluation clinique*, p.26

8. Ordre des psychologues du Québec (2013), *L'Évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques : précisions sur le sens et la portée de chacune des activités*, document explicatif

sociale pragmatique, nouveau au DSM-5). Par la suite, des recommandations spécifiques pourront être émises pour le plan d'intervention et de suivi. « *La contribution de l'orthophoniste doit être vue comme nécessaire dans le cas d'un diagnostic précoce, car les premières manifestations identifiées par les parents sont les retards et les difficultés de langage.* »⁹

e) Le psychoéducateur

Le champ de compétence en psychoéducation vise la mesure des capacités d'adaptation. Le psychoéducateur peut administrer les échelles de comportements adaptatifs, évaluer les capacités d'adaptation de l'enfant et de sa famille.

f) L'ergothérapeute

Il évalue le volet moteur fin et global, ainsi que les difficultés sensorielles pour comprendre comment elles s'expliquent. Il offre des recommandations aux parents, ainsi que des suivis au besoin avec l'enfant.

g) Le travailleur social

Il soutient le parent dans les difficultés associées avec l'annonce du diagnostic et favorise l'adaptation de la famille en lien avec les particularités de l'enfant. Il a aussi un rôle pour renseigner et orienter la famille vers les différents services complémentaires.

Hypothèse diagnostique :

Employer le terme « hypothèse diagnostique » ne nous apparaît pas comme un diagnostic établi pouvant mener à des services. Ce terme réfère davantage à une suspicion ou un diagnostic probable qui doit davantage être étayé par d'autres évaluations avant de statuer sur un diagnostic établi, même provisoire. Le diagnostic provisoire est considéré de la même façon que le diagnostic établi pour donner accès aux services. Le terme « hypothèse » ne nous apparaît pas être aussi certain. Il semble davantage référer au motif de consultation *AVANT* le processus d'évaluation ou à une démarche d'évaluation qui n'est pas terminée et qui nécessite une référence vers un autre professionnel. Si votre conclusion vous apparaît établie, il est donc préférable de statuer sur un diagnostic psychologique provisoire ou confirmé plutôt que d'utiliser le terme « hypothèse », qui peut nous faire croire que la démarche rigoureuse n'a pas été

9. Rousseau, M. (2014), *Avis professionnel sur l'émission du diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA)*, CRDITED MCQ - Institut universitaire, p.3

approfondie et n'est pas terminée. Cela nous permet de limiter les relances auprès du professionnel pour vérifier la finalité de sa conclusion.

Tel que déjà mentionné, « *les conclusions cliniques, même provisoires, au sens du DSM, doivent se fonder sur une démarche structurée, rigoureuse et, pour ce faire, s'appuyer sur une anamnèse bien documentée et sur l'observation systématisée des comportements de l'enfant ou du jeune* »¹⁰. Pour ce faire, le médecin ou le psychologue doit identifier les comportements qui témoignent d'atteintes sur les plans de la socialisation, de la communication et de limites du répertoire des activités et intérêts. Au terme de cette démarche, il ne s'agit plus d'une simple hypothèse diagnostique.

Diagnostic provisoire

Afin de ne pas créer un préjudice à l'enfant qui se voit en attente d'un rendez-vous professionnel pour compléter une démarche en cours, il est indiqué pour le psychologue ou le médecin, de donner un diagnostic provisoire quand les données recueillies dans une démarche structurée et rigoureuse nous emmènent à poser le diagnostic du TSA, dans une approche différentielle. L'accès aux services d'adaptation et de réadaptation est alors possible. Le DSM, « (...) prévoit le recours à la spécification provisoire pour livrer les conclusions, même si l'information disponible est insuffisante ou que tous les critères d'un trouble ne sont pas satisfaits, mais qu'il y a de fortes raisons de croire qu'ils finiront par l'être »¹¹.

Selon le jugement clinique du professionnel, un diagnostic est provisoire dans l'attente d'évaluations complémentaires par d'autres professionnels (ex. : orthophonie, ergothérapie, psychologie/neuropsychologie, médicale et/ou psychiatrique), afin de s'assurer hors de tout doute qu'il s'agit d'un TSA. Selon les alignements données dans les lignes directrices, il est obligatoirement provisoire si un avis du médecin traitant n'a pas été obtenu quant à la condition médicale de l'enfant.

Rapport d'évaluation

Les critères diagnostiques retenus sont ceux établis par le DSM-5. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) représente un ensemble de troubles neuro-développementaux maintenant regroupés sous une même appellation. Pour conclure à un TSA, il faut démontrer que la personne présente des atteintes significatives de la communication

10. Ordre des psychologues du Québec (2012), *Lignes directrices pour les troubles du spectre de l'autisme : l'évaluation clinique*, p.12

11. Idem

sociale et des interactions sociales, ainsi qu'un caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts et activités. Les difficultés doivent être survenues tôt dans le développement et causer des difficultés significatives du fonctionnement selon trois degrés de sévérité en fonction du niveau de soutien requis. Le niveau d'intensité du trouble est un ajout à considérer. Il est important de s'y référer. Le rapport d'évaluation doit donc documenter l'anamnèse, tous les aspects des critères diagnostiques, mais également les conclusions des autres professionnels qui ont évalué l'enfant antérieurement.

Vous référer à **l'Annexe A** qui vous indique les éléments importants à considérer dans le rapport d'évaluation pour un diagnostic de TSA.

L'évaluation du retard global de développement et de la déficience intellectuelle

Cet avis professionnel précise également les balises relatives à l'admission de la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un retard global de développement.

Déficience intellectuelle (DI)

Pour s'assurer des meilleures pratiques en évaluation du RGD et de la DI, les psychologues et neuropsychologues doivent se référer aux «*Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*» de l'Ordre des psychologues du Québec (2007)¹² qui, elles, s'appuient sur la définition, le modèle théorique, les normes, les moyens, et les procédures recommandés par l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD)¹³. À noter qu'en septembre 2014 est parue une chronique professionnelle dans la revue *Psychologie Québec*, en lien avec la mise à jour de ces lignes directrices et qu'une seconde chronique paraîtra en novembre sur le retard global de développement.¹⁴

Dans les changements importants apportés par le nouveau DSM5, la terminologie «*déficience intellectuelle*» est privilégiée à «*retard mental*» et les critères qui nous permettent de représenter le diagnostic se rapprochent d'avantage des recommandations de l'AAIDD. Il est à noter que le DSM-5 mentionne maintenant d'utiliser le niveau des déficits sur le plan du comportement adaptatif pour qualifier le degré de sévérité de l'atteinte et que l'apparition de ce trouble doit être en âge développemental. Nous considérons le DSM-5 comme un outil pertinent de référence en matière d'évaluation de la DI et du RGD.

Donc, il est important de bien connaître les cinq postulats essentiels à l'application de la définition de la déficience intellectuelle établie par l'AAIDD (2010)¹⁵. Le psychologue doit aussi s'assurer d'avoir les connaissances, la formation et l'expertise nécessaire afin de procéder à ce type d'évaluation. Tout comme pour l'évaluation du TSA, selon les dispositions du Code de déontologie des psychologues du Québec, tout psychologue ne peut exécuter un mandat que s'il en juge en avoir les compétences suffisantes. À cet

12. Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 36 p.

13. American Association on Intellectual and Developmental disabilities (2010), *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th Edition), 280 p.

14. Girouard, N. (2014) *Pratique professionnelle : Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 1^{re} partie, dans *Psychologie Québec*, vol 31 (5), p.17-19.

15. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2011), *Déficience intellectuelle: définition, classification et système de soutien* – 11^e Édition, 265 p.

effet, nous vous référons de nouveau aux articles 5, 7, 38, 39 et 40 du *Code de déontologie des psychologues*.

Retard global de développement (RGD)

Le concept de retard global de développement est introduit pour la première fois dans le DSM-5¹⁶. Le diagnostic est réservé aux enfants de moins de 5 ans. Selon les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* de l'Ordre des psychologues du Québec (2007)¹⁷, le diagnostic pourrait toutefois prévaloir jusqu'à 7 ans dans certains cas, particulièrement dans les situations de sous-stimulation. Selon ces lignes directrices, le RGD se définit comme un retard significatif (deux écarts-types sous la moyenne) dans au moins deux des domaines suivants : **Motricité globale ou fine, Cognition, Communication, Développement personnel et social, Activités de la vie quotidienne**. Les retards de développement doivent être objectivés avec des outils psychométriques standardisés et avec des normes actuelles (ex. Bayley-III et WPPSI-IV, ainsi que ABAS-II ou Vinland-II pour le comportement adaptatif).

Selon les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* de l'Ordre des psychologues du Québec, le RGD n'implique pas nécessairement la présence de limites sur le plan cognitif. Il constitue néanmoins un facteur de risque. Le diagnostic de déficience intellectuelle n'est pas encore posé, entre autres, à cause de l'âge de l'enfant et la maturité neurologique appréhendée chez celui-ci. Ce diagnostic nécessite donc une réévaluation, afin de vérifier ultérieurement si un diagnostic de déficience intellectuelle peut être posé ou bien écarté.

L'évaluation de la nature et de l'intensité des services requis constitue un enjeu de grande importance puisque cette clientèle peut être desservie par trois différents établissements du réseau public de la santé et des services sociaux, soit les CSSS, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ou le CRDI de Québec. **En cohérence avec la mission du CRDI de Québec, seuls les enfants présentant un RGD dont le domaine de la cognition présente un retard significatif seront admis aux services de cet établissement.**

16. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed), 991 p.

17. Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 36 p.

Déficience intellectuelle (DI)

Selon les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* de l'Ordre des psychologues du Québec (octobre 2007)¹⁸ et l'AAIDD¹⁹, les trois critères diagnostiques de la déficience intellectuelle sont :

1. Un fonctionnement intellectuel (quotient intellectuel) \leq deux écarts-types sous la moyenne (incluant l'erreur type de mesure du test utilisé).
2. Un fonctionnement adaptatif \leq deux écarts-types sous la moyenne (incluant l'erreur type de mesure du test utilisé) à l'une des trois composantes (conceptuelle, sociale ou pratique) ou par rapport à un score global regroupant les trois composantes.
3. L'apparition de ces limitations doit survenir durant la période de développement, soit avant l'âge de 18 ans (ceci doit être démontré à l'aide d'une anamnèse complète et des évaluations antérieures lorsqu'elles sont disponibles).

Les trois critères sont d'égales importances et nécessaires. Il est donc possible qu'une personne présente des déficits significatifs sur le plan cognitif, et non sur le plan du fonctionnement adaptatif (ou inversement), ou que les déficits significatifs sur les plans cognitifs et adaptatifs surviennent après l'âge de 18 ans. **Dans tous ces cas, le psychologue ou neuropsychologue ne peut pas conclure à un diagnostic de déficience intellectuelle. Cependant, il devra expliquer le sens de ces différenciations.**

Avant de poser le diagnostic DI, il est à noter qu'une **évaluation intellectuelle complète pour les enfants de plus de 5 ans est recommandée**, puisqu'au-delà de cet âge le retard global de développement n'est plus applicable (sauf les exceptions où le retard global de développement peut prévaloir jusqu'à l'âge de 7 ans, par exemple si une sous-stimulation est soupçonnée). **De plus, il est recommandé que l'évaluation ait eu lieu dans un délai de moins de 2 ans si celle-ci a été faite au cours de la période de développement particulièrement pour les cas de déficience intellectuelle légère.** En effet, il est important de savoir que l'intelligence, bien que relativement stable, a un caractère non statique et qu'elle est en développement tant et aussi longtemps que le cerveau se développe (jusque vers l'âge de 22 ans selon *Association Américaine de Psychologie (APA)*²⁰). Également, le développement de l'intelligence se fait en lien avec

18. Idem

19. American Association on Intellectual and Developmental disabilities (2010), *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th Edition), 280 p.

20. Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, p.8-9

divers autres facteurs qui interagissent dans le temps, soit les facteurs biomédicaux, les facteurs sociaux, les facteurs comportementaux et les facteurs éducationnels²¹. Il est donc possible qu'on pose un diagnostic psychologique de déficience intellectuelle chez un enfant et que, pour différentes raisons, les déficits intellectuels et/ou adaptatifs ne soient plus présents quelques mois ou années plus tard. C'est pourquoi il est important de se baser sur des évaluations relativement récentes pour évaluer la validité d'un diagnostic.

Évaluation des habiletés cognitives

Les habiletés doivent être objectivées avec les outils appropriés. Le psychologue a la responsabilité de se tenir à jour quant aux instruments qu'il privilégie²². Il faut administrer un instrument normalisé, ayant des normes récentes et qui permet d'obtenir une mesure de fonctionnement intellectuel général. Ainsi, il n'est pas recommandé d'utiliser des versions abrégées²³. Sans être les seuls outils reconnus pour ce faire, les échelles d'intelligence de Wechsler (WPPSI-IV, WISC-V, WAISC-IV à venir, et WAIS-IV) sont actuellement les outils les plus complets recommandés. Les échelles non verbales de ces outils peuvent être utilisées avec les personnes non verbales, mais il demeure tout aussi intéressant d'administrer les échelles verbales à ces personnes afin d'objectiver leurs incapacités. Dans ces cas, il peut aussi être nécessaire de recourir à d'autres instruments tels que le Leither-R, le Wechsler Non-Verbal ou le C-Toni-2, (si possible, ne pas utiliser ces outils seuls et tenir compte de l'effet Flynn lorsque les normes sont trop âgées).

Il est à noter que ces outils sont peu utiles dans les situations impliquant une déficience intellectuelle plus importante (sévère et profonde). En effet, les résultats à ces échelles d'évaluation se retrouveraient en dessous des normes (effet plancher), ce qui ne permettrait pas d'évaluer le fonctionnement de la personne avec précision. Une échelle de développement, telle que le Bayley-III ou le WPPSI-IV pourrait alors être utilisée afin de déterminer un quotient de développement (QD : âge de développement / âge chronologique X 100. N.B calcul fiable jusqu'à l'âge de 12 ans chronologique) tout en cernant les forces et les faiblesses de la personne. Il est à noter toutefois que le QD présente peu de fiabilité au-delà du troisième écart-type et qu'il ne peut constituer un

21. Idem, p.7

22. Idem, p.15

23. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2011), *Déficience intellectuelle: définition, classification et système de soutien* – 11^e Édition, 265 p.

équivalent de QI.²⁴ L'important dans ces situations, est d'utiliser une convergence de plusieurs indices cliniques. L'âge de développement demeure un indice clinique fiable qui permet non seulement de situer l'ampleur des déficits, mais aussi d'ajuster nos interventions.

Outre le choix de l'outil approprié, le psychologue doit tenir compte de la procédure d'analyse des données recommandée dans le manuel de l'outil. Une très grande attention doit être portée à l'analyse des résultats. Des résultats hétérogènes doivent être interprétés avec prudence. Afin de vérifier la validité des résultats, il faut faire l'analyse des différentes composantes, l'analyse du QI global, ainsi que l'analyse des forces et des faiblesses. **Ainsi, il est important de considérer les différences significatives sur le plan statistique tout autant que sur le plan clinique. Un QI global ne peut pas être interprété comme étant bien représentatif des habiletés générales de la personne s'il est obtenu à partir de données dont les résultats sont hétérogènes.**

Il faut considérer les diagnostics différentiels pouvant expliquer certains résultats moins homogènes (ex. : trouble du langage, trouble spécifique d'apprentissage seul ou en comorbidité, etc.; se référer au DSM-5²⁵). Également, il est essentiel de vérifier la validité des résultats, ainsi que l'apport d'autres pathologies physiques ou mentales. En effet, l'évaluation doit démontrer que le client était dans des conditions optimales lors de celle-ci. Il faut également tenir compte des environnements typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel, tout comme des conditions complexes pouvant affecter le rendement à l'évaluation (estime de soi et anticipation de l'échec qui sont susceptibles d'empêcher le maintien optimal de la motivation pour fournir l'effort requis, incapacités physiques et sensorielles, trouble du comportement, trouble de la communication, trouble de l'attention/concentration avec ou sans hyperactivité, problèmes de santé mentale, trouble d'apprentissage spécifique, prise de médication, etc.).

Évaluation des habiletés adaptatives

Encore une fois, les habiletés doivent être objectivées avec les outils appropriés pour mesurer les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques selon la définition de l'AAIDD. L'ABAS-II et le Vineland-II sont actuellement les deux outils recommandés, standardisés et validés répondant à la définition de l'AAIDD (2010). Il n'y a pas d'outils actuellement

24. Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, p.8-9

25. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth, ed), 991 p.

ayant des normes québécoises. L'ABAS-II est l'outil le plus récent offrant une version francophone validée. Il est de plus l'outil répondant le mieux à la définition de l'AAIDD, car il est plus complet pour évaluer les différentes composantes (conceptuelle, sociale et pratique) telles que décrites dans la définition.

Rappelons que malgré qu'il puisse y avoir des limitations significatives sur le plan intellectuel, pour que le diagnostic de déficience intellectuelle soit établi, il doit y avoir également un fonctionnement adaptatif \leq deux écarts types sous la moyenne à l'une des trois composantes (conceptuelle, sociale ou pratique) ou par rapport à un score global regroupant les trois composantes (selon l'AAIDD-2010 et DSM-5-2014). **Cette nouvelle conception de critère diagnostique du déficit adaptatif remplace la définition retenue par l'AAMR en 1992** et adoptée ultérieurement par les grands systèmes de classification, tels que l'*American Psychiatric Association* (2000) et le biais du DSM-IV-TR, **voulant que la présence d'un déficit significatif soit envisagée lorsque des limitations significatives se présentent dans au moins deux des dix domaines d'habiletés adaptatives**²⁶.

Le niveau de la DI est désormais en lien avec l'atteinte fonctionnelle, donc le portrait du profil adaptatif (DSM-5).

De la même façon que pour l'analyse des résultats de l'évaluation cognitive, le psychologue doit tenir compte de la procédure d'analyse des données recommandée dans le manuel de l'outil. Une très grande attention doit être portée à l'analyse des résultats. Des résultats hétérogènes doivent être interprétés avec prudence. **Ainsi, il est important de considérer les différences significatives sur le plan statistique tout autant que sur le plan clinique. Le score global ou celui de chacune des composantes ne peut pas être interprété et donc considéré comme étant représentatif des habiletés de la personne s'il est obtenu à partir de résultats hétérogènes.**

De plus, l'évaluation du fonctionnement adaptatif doit refléter le fonctionnement typique de la personne durant ses activités quotidiennes dans ses différents milieux de vie²⁷. Ainsi, une évaluation qui tiendrait compte des observations du comportement de la personne en milieu hospitalier ne serait pas valide. En effet, dans un contexte d'hospitalisation, la personne ne présente pas son fonctionnement typique.

Au sujet du jugement clinique, il importe de mentionner que si les résultats de l'évaluation du comportement adaptatif ne semblent pas être cohérents avec les

26. Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 36 p.

27. Idem

déficits observés dans le quotidien, il faut s'assurer que l'évaluation a été menée de façon adéquate. Il est possible qu'une mauvaise interprétation de la cotation par le répondant amène une surévaluation des habiletés. Si nous doutons que cela puisse s'être produit, il serait recommandé de procéder à une nouvelle évaluation lors d'une entrevue semi-structurée avec les répondants pour s'assurer que la cotation représente bien les habiletés de la personne. Ainsi, si les résultats sont différents, on pourra invalider la première évaluation et se fier à la deuxième. Toutefois, il faut faire attention de ne pas sous-évaluer les habiletés de la personne et amener les résultats à présenter des déficits significatifs si cela n'avait pas lieu d'être. Il faut se rappeler qu'il est possible de présenter des déficits significatifs sur le plan cognitif, mais pas sur le plan du fonctionnement adaptatif. Dans ce cas, il ne faut pas conclure à une déficience intellectuelle.

Évaluation de l'âge d'apparition

Pour ce qui est de déterminer l'âge d'apparition, lorsque l'évaluation intellectuelle a lieu avant l'âge de 18 ans, ce problème ne se pose pas. Il est possible de poser un diagnostic de déficience intellectuelle après l'âge de 18 ans, pourvu que le professionnel puisse documenter que les déficits sur les plans intellectuels et adaptatifs étaient présents avant cet âge. Cette démarche est très importante et il ne faut pas la sous-estimer. Il faut se documenter sur l'histoire personnelle de diverses façons. Il est recommandé de rencontrer en entrevue un proche qui connaît bien la personne et différentes questions doivent être explorées : l'étiologie, la naissance, l'histoire développementale, la fréquentation scolaire, les évaluations médicales passées. Il est important de prendre connaissance des résultats de toutes les évaluations antérieures et de faire état des conclusions dans le rapport d'évaluation²⁸.

Tel que le DSM-5 le stipule, l'apparition doit se faire en âge de développement. Mais comme mentionné dans l'article de mise à jour des lignes directrices pour l'évaluation du retard mental²⁹, la question du « césure » demeure entière.

L'évaluateur ne doit en aucun cas extrapoler l'âge d'apparition à partir du fonctionnement actuel de la personne puisque ce fonctionnement actuel pourrait s'expliquer par des facteurs survenus après la période de développement, par exemple l'abus de substance, la prise de psychotropes, un accident, l'apparition d'une maladie

28. Deschênes, A. et Dufour, C., (2005), *L'évaluation de la déficience intellectuelle, c'est bien plus qu'un test d'intelligence*, dans *Psychologie Québec*, pp.37-39

29. Girouard, N. (2014), *Pratique professionnelle : Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental – première partie*, dans *Psychologie Québec*, pp.17-18

mentale ou d'une autre maladie, des conditions de vie aliénantes ou des événements stressants importants qui peuvent affecter le fonctionnement de la personne. Dans ces cas, le recours à l'expression « déficits cognitifs acquis » est plus juste³⁰.

Vous référer à l'Annexe B qui vous indique les éléments importants à considérer dans la rédaction du rapport d'évaluation pour la DI.

Les lignes directrices ont également une section réservée à cet aspect aux pages 22-23.

Note

- WISC-V paraîtra sous peu
- ABAS-III également

Nous vous tiendrons informés des considérations cliniques à prendre en compte, au besoin, dans des communications subséquentes (addendum).

30. Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 36 p.

Bibliographie

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (2010), *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th Edition), 280p.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD) (2011), *Déficience intellectuelle: définition, classification et système de soutien – 11^e Édition*, 265p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition), 991p.

Code de déontologie des psychologues du Québec (L.R.Q., c. C-26, a. 87)

Code des professions (L.R.Q., c. C-26)

DESCHÊNES, A. et DUFOUR, C., (2005), *L'évaluation de la déficience intellectuelle, c'est bien plus qu'un test d'intelligence*, dans *Psychologie Québec*, pp.37-39

En coll. (2008), *Guide des pratiques exemplaires canadiennes : Dépistage, évaluation et diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*, Fondation Miriam.

GIROUARD, N. (2014) *Pratique professionnelle : Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 1^{re} partie, dans *Psychologie Québec*, vol 31 (5), p.17-19.

HUERTA, M.H & LORD, C. (2012), *Diagnostic Evaluation of Autism Spectrum Disorders*, *Pediatric Clinics of North America*, February (5991), pp. 103-111.

Ordre des psychologues du Québec (2007), *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, 36p.

Ordre des psychologues du Québec (2012), *Lignes directrices pour les troubles du spectre de l'autisme : l'évaluation clinique*, 37p.

Ordre des psychologues du Québec (2013), *L'Évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques : précisions sur le sens et la portée de chacune des activités*, document explicatif

ROUSSEAU, M. (2014), *Avis professionnel sur l'émission du diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA)*, CRDITED MCQ - Institut universitaire, 5p.

Internet :

- aaidd.org
- www.ordrepsy.qc.ca
- www.apa.org

ANNEXE A

Trouble du spectre de l'autisme : éléments pertinents suggérés au rapport (sans être obligatoires ou exhaustifs)

1. **Motif de consultation**
2. **Outils utilisés dans le processus d'évaluation et de collecte de données**
3. **Sources d'information (rapports d'évaluation consultés, autres documents.)**
4. **Anamnèse**
 - **Histoire périnatale et développementale exhaustive : symptômes d'appel** (p.14, 15 *Lignes directrices, OPQ*). Démontrer que les difficultés ont été présentes tôt dans le développement.
 - Évolution des difficultés dans le temps, comportements problématiques actuels.
 - Histoire psychosociale et familiale
 - Fréquentation de garderie ou cheminement scolaire.
 - **Conditions médicales** et autres diagnostics associés déjà objectivés, médication, évaluation de l'audition, de la vue, ou autres évaluations médicales pertinentes déjà réalisées (génétique, neurologie, etc.).
 - **Présenter une synthèse des résultats aux évaluations antérieures à l'histoire**
Ex : Ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, travailleur social, psychoéducateur et tout autre professionnel ayant une connaissance de l'autisme dont l'évaluation aide à la compréhension des difficultés de l'enfant.
5. **Observations comportementales directes en milieu naturel (p.23 *Lignes directrices, OPQ*).**
6. **Évaluation intellectuelle et des capacités adaptatives** (chez les personnes présentant déjà un rapport récent écartant l'hypothèse de déficience intellectuelle, la reconduite de l'évaluation intellectuelle est optionnelle).
7. **Fonctionnement actuel selon les critères diagnostiques du TSA retenus par le DSM-5**

Indiquer de quelle façon se manifestent concrètement dans le comportement de l'enfant les atteintes au niveau de la communication, des interactions sociales, des comportements et des intérêts répétitifs et stéréotypés. Également indiquer si l'enfant présente des particularités sensorielles, de la rigidité ou de la résistance au changement. Identifier les impacts des symptômes dans le fonctionnement de la personne (sommeil, alimentation, gestion des émotions, isolement social, anxiété, attention/concentration, irritabilité/contrôle de la colère, etc.). Indiquer le niveau de sévérité des atteintes (voir p. 52 DSM-5).

8. Présentation des résultats des outils standardisés utilisés (ADOS et ADI-R)

L'utilisation de l'ADOS et de l'ADI-R est suggérée, mais non obligatoire. L'utilisation du *Social Communication Questionnaire (SCQ)* avec un ADOS est une alternative suggérée par Huerta, M.H. & Lord, C. (2012) pour remplacer l'ADI-R. Attention : l'algorithme ou le score obtenu final n'est pas nécessairement garant de la validité du diagnostic et aussi cet outil ne convient pas à tous (ceux à niveau de fonctionnement faible³¹). Le jugement clinique dans une approche différentielle et intégrée prévaut.

Si vous utilisez des outils de dépistage, il faut en nommer les limites, et recueillir le plus d'éléments possibles complémentaires pour soutenir votre hypothèse. Ceux-ci ne sont pas tous recommandés et plusieurs ont fait l'objet de questionnements sur leur validité. Vous pouvez consulter le *Guide des pratiques exemplaires canadiennes de la fondation Miriam (2008)* comme outil de référence qui traite de ces outils de dépistage.

9. Approche différentielle dans l'analyse de la situation clinique pour porter le diagnostic

Vous référer aux p.10-11 des *Lignes directrices, OPQ* : Porter attention aux troubles pouvant donner lieu à des manifestations ou symptômes s'apparentant à ceux du TSA (Tableau 1) et aux cooccurrences : ce qui peut coexister avec TSA (tableau 2). Il sera important de faire un diagnostic différentiel avec le trouble de la communication sociale pragmatique qui est un diagnostic nouveau dans le DSM-5 et dont seul l'orthophoniste est habilité à évaluer.

10. Tableau fonctionnel global dans une approche multidisciplinaire

Recommander que l'enfant soit vu par un professionnel désigné au besoin, en complémentarité à l'évaluation du psychologue. S'il présente des particularités à l'histoire tant au plan moteur que langagier, et qu'il ne présente pas d'évaluation récente, il est pertinent de faire appel aux professionnels désignés pour voir si les difficultés s'inscrivent dans un profil TSA. Les résultats aux évaluations des autres professionnels seront discutés entre eux pour obtenir un accord commun sur le portrait clinique et cités dans le rapport final du professionnel qui coordonne la démarche.

La participation d'un médecin au processus pour écarter toute autre condition médicale associée. (p.20 : Lignes directrices OPQ) doit être mentionné afin que le diagnostic soit final. Autrement, il est recommandé d'indiquer que le diagnostic est provisoire et la

31. En coll. (2008). Guide des pratiques exemplaires canadiennes : Dépistage, évaluation et diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge. Fondation Myriam.

raison motivant cette appellation (ex.: en attente de confirmation par le médecin d'absence de conditions médicales explicatives).

Conclusion et recommandations : conclure de façon claire à un diagnostic psychologique confirmé ou provisoire.

Évaluation neuropsychologique pour les fonctions mentales supérieures

L'évaluation neuropsychologique n'est pas en soi conseillée comme source d'information pour le diagnostic du TSA, vu les profils différents d'une personne TSA à une autre. Elle nous permet dans certains cas seulement de comprendre les troubles des apprentissages ou de fonctionnement chez la personne chez qui l'on a déjà fait une évaluation préalable du TSA. Elle est donc complémentaire.

ANNEXE B

Déficience intellectuelle : éléments pertinents au rapport suggérés au rapport (sans être obligatoires ou exhaustifs)

1. Motif de consultation
2. Outils utilisés dans le processus d'évaluation et de collecte de données
3. Sources d'information (rapports d'évaluation antérieurs consultés, autres documents.)
4. Anamnèse, condition médicale, autres diagnostics (communication, motricité et TDA/H etc.), services reçus, etc. Indiquer le moment d'apparition des retards du développement, expliquer le cheminement scolaire
5. Évaluations antérieures au plan intellectuel - présenter une synthèse des résultats
6. Médication lors de l'évaluation
7. Évaluation cognitive (QI) : Échelles de Weschler complète (la plus récente à privilégier selon l'âge de la personne).
 - Mentionner les normes utilisées pour l'analyse des données. Se référer au manuel pour s'assurer de faire l'analyse des données selon les normes.
 - Considérer les différences significatives entre le sous-test le plus fort et le plus faible à l'intérieure de chacune des échelles, tout comme les différences significatives entre les échelles.
 - Interpréter en considérant l'erreur de mesure (voir normes du test).
 - S'assurer de documenter les diagnostics différentiels, dont les troubles d'apprentissage multiples affectant l'échelle verbale, non verbale et/ou les échelles instrumentales.
 - Considérer également les évaluations antérieures en revoyant les hypothèses alternatives pour l'analyse de la situation clinique.
8. Évaluation des capacités adaptatives : ABAS-II à privilégier (en cohérence avec AAIDD).

Les déficits doivent être significatifs dans une des trois sphères conceptuelle, sociale ou pratique ou au global. Souvent le déficit à la sphère sociale est vu chez le TSA, mais plus questionnable en D.I. comme seul critère possible pour émettre un diagnostic de déficience intellectuelle. S'assurer également de se référer au manuel pour l'analyse des données. On doit vérifier s'il y a une différence significative entre le domaine le plus fort et le plus faible pour chacune des échelles avant de considérer le résultat comme représentatif des habiletés de la personne.

9. Démontrer dans l'histoire du développement de la personne que les déficits sur les plans cognitifs et adaptatifs sont apparus pendant la période développementale (18 ans et moins).
10. Synthèse, analyse clinique
11. Conclusion et recommandations : conclure de façon claire à un diagnostic psychologique.

Se référer aux Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental de l'Ordre des psychologues du Québec (2007), ainsi qu'au manuel de l'AAIDD 11^e édition (2010) ou à la version française « Déficience intellectuelle : Définition, classification et système de soutien », 2011, ainsi qu'au DSM-5 (p. 34-35-36). Vous pouvez aussi vous référer au site web de l'AAIDD pour l'analyse du profil.