

Lignes directrices

pour l'évaluation du
retard
mental

En collaboration avec :



Ordre
des psychologues
du Québec



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION

EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT



*Association
Québécoise des
Psychologues
Scolaires*

octobre 2007

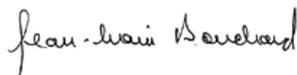
NOTE IMPORTANTE

Les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* font référence aux dispositions du nouveau Code de déontologie des psychologues qui, au moment de mettre sous presse, n'était pas encore en vigueur. Il est à noter que les exigences déontologiques demeurent les mêmes, par ailleurs.

Au cours des dernières années, plusieurs en sont venus à souhaiter la révision des méthodes d'évaluation des personnes présentant un retard mental. Cette volonté s'appuyait sur la nécessité de convenir de balises soutenant le jugement clinique du psychologue et permettant de dégager un profil qui soit le plus juste possible de ces personnes. Il en va ainsi de la qualité de cette expertise professionnelle dont dépendent l'orientation et l'organisation des services requis par l'état particulier et les besoins spécifiques de la personne.

C'est donc avec enthousiasme que des psychologues de l'Ordre des psychologues du Québec, de l'Association québécoise des psychologues scolaires et de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement ont uni leurs efforts et leur expertise réciproque pour élaborer de nouvelles lignes directrices tenant compte des connaissances les plus récentes dans le domaine. Nous tenons à saluer leur engagement et leur persévérance et nous souhaitons que l'application de ces lignes directrices se fasse dans le même esprit de rigueur et de collaboration que celui ayant prévalu à leur élaboration. Une telle synergie ne pourra qu'être profitable à tous, autant les professionnels impliqués que les personnes recevant leurs services.

En terminant, nous tenons à remercier les auteurs et tous ceux qui ont contribué aux différentes étapes de cette réalisation.



Jean-Marie Bouchard
Président
Fédération québécoise des CRDITED



Rose-Marie Charest
Présidente
Ordre des psychologues du Québec



François Laroche
Président
Association québécoise des psychologues scolaires

REMERCIEMENTS

La production de ce document a été rendue possible grâce à l'apport de plusieurs personnes. Nous désirons d'abord remercier les membres qui composaient le groupe de travail mandaté à sa réalisation :

Nicole Audet, psychologue,
Pavillon du Parc

Hélène Desrosiers, psychologue,
Les services de réadaptation L'Intégrale

Louise Garant, psychologue,
Commission Scolaire de la Pointe-de-l'Île

André Guérin, psychologue,
CSDI Mauricie / Centre-du-Québec

Charles-Albert Tavares, agent de recherche,
CSDI Mauricie / Centre-du-Québec

Marc J. Tassé, Associate Professor / Assistant Director,
University of South Florida

Nous désirons aussi exprimer notre reconnaissance à l'endroit de M. Pierre Desjardins, psychologue et directeur de la qualité et du développement de la pratique à l'Ordre des psychologues du Québec et de M^{me} Yvette Palardy, psychologue, consultante et membre du comité administratif de l'Ordre des psychologues du Québec, pour leur assistance constante et éclairée et pour leur contribution essentielle à la rédaction du document, de même qu'à M^{me} Nathalie Bishop, psychologue, directrice adjointe des services professionnels et de réadaptation du CSDI Mauricie / Centre du Québec et à M. Gilles Cloutier, conseiller aux affaires professionnelles et cliniques à la Fédération québécoise des CRDITED, pour leur soutien tout au long de son élaboration.

Merci enfin aux nombreux psychologues qui ont répondu généreusement à l'invitation alors qu'ils étaient sollicités pour réagir au document en préparation.

Pour éviter l'utilisation fastidieuse de parenthèses et de formules lourdes comme « il ou elle », nous avons privilégié, lors de la rédaction de ce document, l'emploi du genre masculin.

AVANT-PROPOS	5	<i>L'effet Flynn</i>	17
INTRODUCTION	5	<i>L'effet de pratique</i>	18
QUESTION DE TERMINOLOGIE	6	L'évaluation du comportement adaptatif	18
La déficience intellectuelle	6	<i>Définition opérationnelle</i>	
Le retard mental	7	<i>d' une limitation significative</i>	
CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES	7	<i>du comportement adaptatif</i>	19
Les types de facteurs	7	<i>La sélection des répondants</i>	19
Le moment d'apparition des facteurs	7	L'historique du développement	19
DÉFINITION ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES	8	L'entretien bilan	20
Taux de prévalence	9	<i>L'annonce du diagnostic psychologique</i>	20
L'ÉVALUATION DU RETARD MENTAL	10	<i>Repères pour l'entretien bilan</i>	21
Les compétences requises	10	RÉDACTION DU RAPPORT	23
<i>Le jugement clinique</i>	10	Données brutes, données interprétées	
Retard global de développement		et données préjudiciables	23
ou retard mental : une alternative prudente	11	L'APRÈS-DIAGNOSTIC : LES SUITES À DONNER	24
Le premier entretien		LE RETARD MENTAL DANS UN CONTEXTE	
dans le processus d'évaluation	12	DE TROUBLES CONCOMITANTS	25
<i>Le consentement à l'intervention</i>	12	Évaluation d'une personne	
<i>Le consentement</i>		présentant un retard mental profond	
<i>à la transmission d'information</i>	13	ou ayant de multiples handicaps	25
Les conditions optimales		Évaluation d'une personne	
du cadre de l'évaluation	14	présentant un retard mental	
Le choix des instruments de mesure	14	et un trouble de santé mentale	26
L'évaluation du fonctionnement intellectuel	15	<i>Trouble de santé mentale : définition</i>	26
<i>Facteurs influençant la fiabilité</i>		<i>Prévalence des troubles mentaux</i>	27
<i>des résultats aux tests de QI</i>	16	<i>Causes</i>	27
<i>Dispositions de la personne</i>		<i>Évaluation</i>	27
<i>évaluée et du psychologue</i>	16	L'évaluation du retard mental	
<i>Scores limites et scores extrêmes</i>	16	chez les personnes présentant	
<i>L'erreur-type de mesure</i>	17	un trouble envahissant du développement	27
		BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	29

table des matières

AVANT-PROPOS

L'élaboration de lignes directrices relatives à une activité professionnelle consiste à identifier les meilleures pratiques la concernant, en se dégageant de prises de position à caractère idéologique ou politique et en évitant de prendre parti lorsque des éléments particuliers de cette pratique sont sujets à débat, telle la terminologie. C'est dans cette optique que, dans ce document, l'utilisation de l'expression *retard mental* est retenue pour désigner la problématique, puisqu'elle correspond aux nomenclatures actuelles.

La démarche présentée vise à orienter le psychologue mandaté pour l'évaluation du retard mental. Il s'agit d'un outil à caractère pédagogique, à la fois basé sur les connaissances actuelles et sur des recherches récentes, le tout en conformité avec les conventions dans ce secteur d'activité. Il ne saurait se substituer aux documents professionnels et scientifiques balisant en profondeur cette pratique, ni remplacer les formations spécialisées permettant d'acquérir la compétence requise pour intervenir. Il reconnaît l'autonomie professionnelle et la responsabilité déontologique qui revient à chaque psychologue. En tout temps, le psychologue doit demeurer vigilant pour ajuster sa pratique à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Dans la perspective d'arrimer la pratique aux nouvelles connaissances et au consensus en matière d'évaluation du retard mental, Desrosiers, Tassé et Mourez (1998) avaient déjà rédigé un guide professionnel pour l'évaluation et le diagnostic du retard mental en s'appuyant sur des normes, moyens et procédures recommandés alors par l'American Association on Mental Retardation (AAMR). À l'automne 2004, au cours de discussions entre les membres du comité des affaires professionnelles de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement (FQCRDITED), au sujet de l'accès aux services, il ressortait que les évaluations effectuées par les psychologues œuvrant dans les centres de réadaptation s'alignaient de plus en plus sur un même modèle théorique, soit celui prôné par l'AAMR. Il ressortait également que d'autres psychologues procédaient à l'évaluation du retard mental dans le cadre de leur pratique en milieu hospitalier ou scolaire et pouvaient avoir développé des pratiques particulières, surtout en ce qui concerne le recours aux échelles de comportements adaptatifs.

INTRODUCTION

Les lignes directrices, telles que proposées, suggèrent une démarche menant à identifier la présence d'un retard mental chez une personne. S'appuyant sur le modèle théorique exposé dans la 10^e édition du manuel de l'AAMR intitulé *Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien* (2002/2003), elles réfèrent à une définition qui fait consensus au Québec, dans les milieux offrant des services à cette clientèle, et qui établit les balises permettant de diagnostiquer un retard mental.

Après avoir précisé le sens des termes utilisés et exposé les considérations étiologiques nécessaires à la compréhension de la problématique, les différentes étapes du processus d'évaluation y sont décrites, de la demande initiale de services au rapport verbal ou écrit à compléter, tout comme sont commentées les qualités et compétences requises pour exercer cette activité. De plus, certaines problématiques complexes sont traitées, telles que le retard mental de niveau profond ou la présence de multiples handicaps, ou encore la présence concomitante d'un trouble de santé mentale ou d'un trouble envahissant du développement.

Une bibliographie générale concernant les aspects traités et des sujets connexes susceptibles d'enrichir les connaissances du lecteur complète le document.

QUESTION DE TERMINOLOGIE

La terminologie et la classification du retard mental ont été élaborées et modifiées au cours des siècles. Dès 1500 ans av. J.-C., Thèbes, en Grèce, en a fait une première description. Ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle que John Locke proposa une différenciation devenue classique entre le retard mental et la maladie mentale (Scheerenberger, 1983).

Aujourd'hui, la différence entre les deux entités est bien circonscrite. Cependant, plusieurs dénominations continuent à être utilisées pour désigner le retard mental. Les changements terminologiques, survenus au fil du temps, témoignent à la fois de l'évolution des connaissances et de la connotation rattachée aux expressions les plus courantes. Encore aujourd'hui, la question de la terminologie suscite de nombreux débats alors qu'il persiste un certain flottement, notamment au Québec, quant au recours aux expressions *déficience intellectuelle* ou *retard mental*. Alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MÉLS) utilisent l'expression *déficience intellectuelle* dans la plupart de leurs textes officiels, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*, la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10)* et l'Association américaine de psychologie, division 33 (Jacobson et Mulick, 1996) ont retenu l'expression *retard mental* pour désigner cette réalité en référence aux dimensions intellectuelle et adaptative qu'elle recouvre. L'expression *retard mental* était déjà utilisée dans la 9^e édition du manuel de l'AAMR (Luckasson et coll. 1992/1994, Luckasson et coll. 2002/2003).

Il importe toutefois de préciser que, lors d'une réunion du Terminology and Classification Committee, tenue le 2 mars 2006, les membres de l'American Association on Mental Retardation ont convenu de changer le nom de leur association en celui de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Par la suite, le Terminology and Classification Committee de l'AAMR, comité chargé de réviser le manuel terminologique de l'Association, a convenu de remplacer *mental retardation* par *intellectual disability*.

La nouvelle expression, *intellectual disability*, n'a pas encore été traduite en français et n'est pas non plus intégrée dans les différents systèmes de classification. Nul doute cependant que les changements introduits auront un impact lorsque

viendra le moment de réviser les systèmes de classification, puisque l'AAMR est un chef de file en la matière et que ses travaux d'avant-garde ont une grande influence sur la pratique des différents intervenants. L'actuelle définition du retard mental du DSM-IV-TR colle d'ailleurs à la définition qu'adoptait l'AAMR en 1992. Il est important de noter que le présent document référera à cette association en continuant d'utiliser l'acronyme AAMR, afin d'éviter toute confusion.

En ce qui concerne le MÉLS et le MSSS, les expressions qui circulent dans ces deux réseaux ne doivent pas être considérées équivalentes au diagnostic psychologique de retard mental à proprement parler. Elles constituent plutôt des repères que ces milieux ont élaborés pour permettre de mieux desservir les personnes ayant reçu le diagnostic psychologique de retard mental.

En dernier lieu, il est utile de rappeler que l'une des raisons d'être des systèmes de classification, tel le DSM-IV-TR, est d'assurer une même compréhension des problématiques et des réalités diagnostiques par tous les professionnels qui s'y réfèrent. Ces systèmes proposent somme toute des conventions auxquelles il serait préférable que les psychologues adhèrent pour s'acquitter des mandats qui leur sont confiés.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

L'expression *déficience intellectuelle* peut être équivoque. Elle est utilisée au Québec tantôt pour la classification que permettent les tests de QI, tantôt pour statuer sur le diagnostic psychologique, remplaçant ainsi, dans nombre de situations, l'expression *retard mental* telle que retenue par les deux systèmes de classification que sont le DSM-IV-TR et la CIM-10.

Les psychologues québécois francophones semblent préférer l'expression *déficience intellectuelle* pour référer à l'entité diagnostique qu'est le retard mental. Toutefois, cette tendance n'est pas sans générer quelque confusion concernant la nature et l'objet du mandat, soit poser le diagnostic psychologique de retard mental ou préciser le niveau de rendement intellectuel. Cette possible confusion peut également être attribuable au fait que certains manuels de tests d'intelligence réfèrent à l'expression *déficience intellectuelle* pour témoigner du niveau de rendement intellectuel, sans que cela ne soit relié au diagnostic psychologique de retard mental.

LE RETARD MENTAL

L'expression *retard mental* est la traduction littérale de l'expression anglaise *mental retardation*. Au Québec, il existe des groupes de pression qui militent contre son usage, y attribuant un sens péjoratif et offensant. Cependant, puisqu'elle est retenue dans les manuels diagnostiques de référence, il est convenu de l'utiliser pour désigner le diagnostic psychologique auquel un psychologue pourra conclure après avoir suivi une démarche rigoureuse, soit celle que proposent les présentes lignes directrices. D'ailleurs, il est à noter que cette expression a également été retenue par le groupe expert de l'Office des professions du Québec qui s'est penché sur la modernisation du système professionnel. Dans son rapport déposé à l'Office des professions à l'automne 2005, le groupe expert recommandait en effet la réserve, aux psychologues particulièrement, de l'activité *Évaluation du retard mental*, ce qui implique que le psychologue pose et soutienne le diagnostic psychologique de retard mental.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

Il est important de tenir compte de l'étiologie afin de brosser un portrait global de la personne montrant des signes de retard mental. Tel que défini dans la 10^e édition du manuel de l'AAMR (Luckasson et coll. 2002/2003), l'étiologie est un concept multifactoriel qui fait référence à des facteurs de risque qui interagissent dans le temps, soit durant la vie d'une personne, ou encore par transmission des parents à l'enfant. Ce concept sous-tend la nécessité de déterminer et de prendre en considération les facteurs de risque qui influencent le fonctionnement de la personne, d'évaluer le soutien requis par celle-ci et de planifier des activités de prévention. L'approche multifactorielle de l'étiologie se réalise en regard de deux dimensions relatives aux facteurs de causalité, soit les types de facteurs et le moment de leur apparition.

LES TYPES DE FACTEURS

Parmi les facteurs à considérer, Luckasson et coll. (2002/2003) relèvent :

1. les facteurs biomédicaux, soit les facteurs liés aux processus biologiques, tels les troubles génétiques ou chromosomiques ou les effets de la malnutrition intra-utérine (par exemple, le syndrome de Down, le X-fragile, les troubles développementaux de la formation du cerveau, le retard de croissance intra-utérine, la phénylcétonurie, etc.) ;
2. les facteurs sociaux, soit les facteurs liés aux interactions sociales et familiales (par exemple, le manque d'attention et de stimulation durant la petite enfance ou les problématiques relevant d'un trouble de l'attachement) ;
3. les facteurs comportementaux, soit les facteurs liés aux comportements parentaux qui peuvent causer le retard mental (par exemple, des activités dangereuses ou nuisibles et l'abus de substances par la mère durant la grossesse, comme dans le syndrome alcoolofœtal) ;
4. les facteurs éducationnels, soit les facteurs liés à la disponibilité du soutien éducationnel favorisant le développement cognitif et le développement d'habiletés adaptatives (par exemple, l'analphabétisme ou la sous-scolarisation du milieu, en période postnatale).

LE MOMENT D'APPARITION DES FACTEURS

Les facteurs de risque peuvent avoir un impact plus ou moins important sur le fonctionnement global de la personne en fonction de certains paramètres. Le moment de leur apparition est un de ceux-là. L'impact ne sera donc pas le même si, par exemple, ces facteurs interviennent en période prénatale, périnatale ou postnatale, puisqu'ils risquent d'affecter de façon différente le développement (AAMR, 10^e édition, chapitre 8). D'autres syndromes ou maladies sont reconnus pour entraîner un niveau de retard mental spécifique. Ceux-ci comportent des conditions médicales ou mentales associées qu'il importe de bien cerner en vue d'élaborer le plan d'intervention (L'Abbé et coll. 2005). La connaissance des caractéristiques associées à un syndrome spécifique tout autant que la prise en compte de l'histoire clinique de l'enfant deviennent importantes dans ce contexte.

Lussier et Flessas (2001, p. 366) mentionnent les principaux troubles susceptibles d'être accompagnés d'un retard mental, en les classifiant également selon leur moment de survenue. Cette nomenclature s'avère utile dans le processus diagnostic.

DÉFINITION ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

La 10^e édition du manuel *Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien* (Luckasson et coll. 2002/2003) définit le retard mental en ces termes :

Le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans.

Il est important de rappeler que, peu importe les systèmes de classification auxquels il est possible de se référer, il y a un consensus sur le fait qu'un diagnostic psychologique de retard mental ne peut être posé qu'en présence des trois critères énoncés dans la définition précitée, soit :

- des limitations significatives du fonctionnement intellectuel ;
- des limitations significatives du comportement adaptatif ;
- apparition de ces limitations durant la période développementale.

Les limitations du fonctionnement intellectuel sont considérées comme significatives lorsqu'elles se situent au moins à deux écarts-types sous la moyenne. L'intelligence étant une capacité mentale générale, les limitations peuvent affecter, par exemple, le raisonnement, la planification, la résolution de problèmes, la pensée abstraite, la compréhension d'idées complexes et la capacité d'apprentissage à partir d'expériences.

Les limitations du comportement adaptatif doivent se manifester pour leur part dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques.

- Les habiletés conceptuelles réfèrent à la capacité mentale ou à l'aptitude à résoudre des problèmes abstraits ainsi qu'à utiliser et comprendre des processus symboliques, y compris le langage. Ce type d'habiletés inclut la notion traditionnelle de quotient intellectuel et les habiletés scolaires (Greenspan, Switzky et Granfield, 1996).
- Les habiletés sociales désignent l'aptitude à comprendre et à interagir efficacement avec des objets ou des

événements sociaux, y compris se comporter de manière convenable en société (respect des normes), utiliser adéquatement ses habiletés sociales, être empathique, réfléchi et capable d'atteindre ses objectifs interpersonnels (Greenspan, 1997).

- Les habiletés pratiques désignent l'aptitude à composer avec les aspects physiques et mécaniques de la vie quotidienne, ce qui inclut prendre soin de soi sur le plan domestique et socioprofessionnel (Sternberg et coll., 1995).

Ces limitations du comportement adaptatif doivent être objectivées : le niveau adaptatif doit se situer au moins à deux écarts-types sous la moyenne (incluant l'erreur-type de mesure) à l'une des trois composantes susmentionnées (conceptuelle, sociale ou pratique) ou par rapport à un score global regroupant les trois composantes. Cette nouvelle conception du critère diagnostique de déficit adaptatif tend à remplacer la définition retenue par l'AAMR en 1992, et adoptée ultérieurement par les grands systèmes de classification, tel l'American Psychiatric Association (2000) par le biais du DSM-IV-TR, voulant que la présence d'un déficit adaptatif soit envisagée lorsque des limitations significatives se présentent dans au moins deux des dix domaines d'habiletés adaptatives. Ce raffinement du critère du déficit adaptatif émerge de plusieurs années de recherches empiriques qui tendent à démontrer que la structure des comportements adaptatifs repose sur les trois domaines identifiés (conceptuel, social, pratique). L'évaluation du comportement adaptatif doit refléter le fonctionnement typique durant les activités de la vie quotidienne et non le fonctionnement maximal.

Notons qu'au Québec, l'âge d'apparition est fixé avant 18 ans, âge qui correspond à la fin d'une période de vie particulièrement significative pour le développement et au début d'une autre dont le défi consiste en l'intégration des rôles adultes. C'est également l'âge d'apparition retenu par l'AAMR. Toutefois, l'Association américaine de psychologie repousse à 22 ans l'âge limite marquant la fin de la période de vie significative du développement de la personne.

Selon l'AAMR, cinq postulats sont sous-jacents à l'utilisation de la définition retenue :

1. les limitations dans le fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel ;

2. une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne ainsi que des différences sur les plans sensorimoteur, comportemental et de la communication ;
3. chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces ;
4. la description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil de soutien requis ;
5. si la personne présentant un retard mental reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer.

Alors que les lignes directrices du présent document présentent une démarche conçue essentiellement pour poser un diagnostic psychologique de retard mental, le DSM-IV-TR et la CIM-10, entre autres, offrent la possibilité de spécifier quatre (4) degrés de sévérité pour refléter le niveau du déficit intellectuel¹, soit :

Niveau de retard mental	DSM-IV-TR (APA, 2003) QI	CIM-10 (OSM : 1994) QI
Léger	50-55 à 70	50 à 69
Moyen	35-40 à 50-55	35 à 49
Grave	20-25 à 35-40	20 à 34
Profond	Inférieur à 20-25	Inférieur à 20

La classification du retard mental en fonction du degré de sévérité constitue une étape complémentaire à celle de l'établissement du diagnostic psychologique. Si tel est le mandat confié au psychologue, cette étape peut aider, par exemple, à déterminer les besoins de services et de financement. Rappelons que Luckasson et coll. (2002/2003) recommandent de tenir compte simultanément, en plus des déficits intellectuels et adaptatifs, de l'intensité des besoins de soutiens, de l'étiologie, des problèmes de santé physique et des problèmes de santé mentale. Ils précisent en effet que :

On peut utiliser des systèmes de classification multiple pour répondre aux besoins variés de la personne et de sa famille, des chercheurs, des cliniciens et des praticiens. Ces systèmes de classification peuvent reposer, par exemple, sur l'intensité de soutien requis, sur l'étiologie, sur les niveaux d'intelligence mesurée ou sur le comportement adaptatif.

1. Il est à noter que les expressions telles idiotie, imbecillité ou oligophrénie pour désigner un déficit intellectuel grave ou profond ne sont plus utilisées dans les systèmes actuels de classification.

Enfin, il est important de souligner que le retard mental, tout comme l'intelligence, est d'une part reconnu comme une condition relativement stable. En fait, il repose sur des ressources personnelles limitées qui conduisent à des déficits du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Il demeure néanmoins difficile d'évaluer ces ressources personnelles avec précision, car il n'est pas assuré que la personne les exploite entièrement au cours de l'administration d'un test. Dans la pratique actuelle, les outils ne permettent pas de faire la démonstration, hors de tout doute, de l'existence de la stabilité ou de la permanence de l'état. D'autre part, aborder le retard mental comme une condition stable équivaut à se situer sur un plan statique plutôt que dynamique, alors que l'approche privilégiée par l'AAMR pour cette clientèle est de miser sur l'actualisation d'un potentiel évolutif. Dans cette optique, il ne s'agit pas de minimiser les limites du potentiel intellectuel ou adaptatif ou encore de taire ces réalités, mais bien d'apporter les nuances nécessaires, susceptibles d'ouvrir la voie à des interventions et à des mesures de soutien menant à l'amélioration de la condition.

TAUX DE PRÉVALENCE

Le taux de prévalence de la déficience intellectuelle est historiquement estimé à environ 3 % de la population générale. De fait, la distribution de l'intelligence sur la courbe normale situe à environ 3 % la tranche de population présentant un QI en deçà de 70. Toutefois, cette proportion diffère et s'établit plutôt aux alentours de 1 % lorsque les limitations significatives du comportement adaptatif, critère nécessaire au diagnostic de retard mental, sont concurremment prises en compte (Baroff, 1982 ; Mercer, 1973 ; Tassé et Morin 2003). Curry et coll. (1997) ont également révisé à la baisse la prévalence du retard mental de 3 % à 1,14 % chez les enfants scolarisés de 6-17 ans. Quant à la classification du niveau de retard, l'American Psychiatric Association (APA, 2000) soutient qu'une proportion importante de cette population, soit 85 %, présente un retard mental léger, alors que 10 % présente un retard mental moyen, 3 à 4 % un retard mental grave et 1 à 2 % un retard mental profond.

L'ÉVALUATION DU RETARD MENTAL

LES COMPÉTENCES REQUISES

Il est entendu, tel que le soutient l'article 10 du Code de déontologie des psychologues, que :

Avant de convenir avec un client de la prestation de services professionnels, le psychologue tient compte de la demande et des attentes du client ainsi que des limites de ses compétences et des moyens dont il dispose.

Les compétences requises pour l'évaluation du retard mental, particulièrement en ce qui a trait à l'analyse des données cliniques et à l'interprétation des résultats obtenus à l'aide de tests standardisés, doivent reposer sur une connaissance approfondie des caractéristiques des personnes présentant la problématique et sur une expertise reconnue en matière de processus et de techniques d'évaluation. Une bonne connaissance de l'évaluation du comportement adaptatif et du soutien requis constitue également un atout précieux.

Les psychologues qui n'ont aucune expertise auprès de ces personnes sont nécessairement limités dans l'exercice de leurs fonctions. L'article 39 stipule que :

Le psychologue développe, parfait et tient à jour ses connaissances et habiletés dans le domaine dans lequel il exerce ses activités professionnelles.

Par conséquent, ils peuvent être tenus de les orienter vers des psychologues compétents en la matière ou, le cas échéant, de recourir à un collègue qui pourra superviser leur travail. L'article 40 précise à cet effet que :

Le psychologue consulte un autre psychologue, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente ou dirige son client vers l'une de ces personnes, lorsque l'intérêt du client l'exige.

Le jugement clinique

Schalock et Luckasson (2005) définissent le jugement clinique en matière de retard mental comme une capacité fondée sur la formation, sur l'expérience ainsi que sur une expertise reconnue dans le domaine. Le jugement clinique ne

repose donc pas que sur des aptitudes personnelles et il importe que le psychologue l'exerce de façon éclairée, et ce, tout au long du processus diagnostique (Luckasson et coll., 2002/2003) Il prend toute son importance lorsque le contexte, les conditions de l'évaluation, les outils et les caractéristiques des personnes à évaluer sont tels qu'il n'est pas possible d'obtenir d'emblée toute l'information requise pour poser le diagnostic psychologique.

En ce qui concerne l'évaluation des capacités cognitives, bien que le psychologue puisse s'appuyer sur des outils connus et valides, il demeure que ceux-ci ne sont pas spécifiquement conçus pour évaluer la déficience et que de nombreux facteurs intermédiaires peuvent intervenir et conséquemment porter préjudice à la personne évaluée. Cela concerne notamment les personnes présentant des conditions complexes pouvant affecter leur rendement aux tests (ex. : incapacités physiques et sensorielles, troubles du comportement, troubles de la communication, problèmes de santé mentale, prise de médication). Le fait d'appartenir à une communauté culturelle et linguistique différente peut également influencer le rendement aux tests. En effet, de nombreuses études ont démontré des différences de rendement aux tests de QI entre certains groupes définis en fonction, par exemple, du statut socioéconomique, de la race, de l'ethnicité, de la langue maternelle et autres variables démographiques (Mcman et Barnett, 1999). Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer cet état de fait (Manni et coll. 1984, Mercer, 1992). Il est donc essentiel que le psychologue tienne compte de ces données à chacune des étapes du processus, notamment lorsqu'il choisit les outils d'évaluation, les administre, en interprète les résultats ou communique ceux-ci aux personnes concernées. De telles situations exigent du psychologue qu'il s'informe préalablement de ces conditions. En pareille situation, il doit particulièrement s'appuyer sur son jugement clinique pour rendre compte le plus exactement possible des capacités cognitives du sujet. Toutes ces précautions ont pour but d'éviter de porter préjudice aux personnes évaluées (Reschly et Grimes, 2002).

La mesure du comportement adaptatif présente des difficultés analogues. De plus, les outils utilisés par les psychologues à cette fin sont peu nombreux et très peu parmi ceux-ci ont été normalisés auprès de la population québécoise. Cet état de fait doit amener le psychologue à utiliser son jugement clinique tout en demeurant rigoureux et prudent, tel que le soutient l'article 5 du code de déontologie :

Le psychologue exerce sa profession selon des principes scientifiques et professionnels généralement reconnus et de façon conforme aux règles de l'art en psychologie.

Schalock et Luckasson (2005) soulignent d'ailleurs que le fait de posséder un bon jugement clinique en la matière ne justifie pas de contourner les règles de pratiques reconnues, de négliger de compléter le travail d'évaluation ou de ne pas utiliser les mesures standardisées appropriées. L'exercice du jugement clinique doit permettre de fonder ses conclusions sur des bases plus solides que de simples impressions ou intuitions.

RETARD GLOBAL DE DÉVELOPPEMENT OU RETARD MENTAL : UNE ALTERNATIVE PRUDENTE

Sans être une entité diagnostique au sens strict du terme, le recours au concept de retard global de développement est fréquent à la suite d'une évaluation des capacités cognitives et adaptatives des jeunes enfants, et, à ce titre, il doit être distingué du diagnostic psychologique de retard mental. Il est convenu de définir le retard global de développement comme un retard statistiquement significatif (deux écarts-types sous la moyenne ou son équivalent) dans au moins deux des domaines suivants : motricité globale ou fine, cognition, communication, développement personnel et social, activités de la vie quotidienne. Sa prévalence se situerait entre 1 et 3 % (Shevell et coll., 2003). Il n'implique pas nécessairement la présence de limites sur le plan cognitif. À titre d'exemple, un enfant atteint de paralysie cérébrale ou manifestant un trouble envahissant du développement (TED) peut présenter des caractéristiques qui correspondent à la définition du retard global de développement tout en ayant une capacité intellectuelle supérieure à celle associée au diagnostic psychologique de retard mental. Le retard global de développement constitue néanmoins un facteur de risque et c'est sa persistance dans le temps et son degré de sévérité qui détermineront si un diagnostic psychologique de retard mental pourra être posé ultérieurement (Jacobson et Mulick, 1996). Il ne serait donc pas approprié de s'engager dans un processus d'évaluation du retard mental s'il n'y a pas de motifs sérieux de croire qu'il y a des limites sur le plan cognitif. Ces nuances sont importantes, car elles peuvent permettre d'éviter de poser un diagnostic psychologique de retard mental de façon prématurée avec les préjugés qui y sont attachés en termes d'orientation et de planification des services. La conclusion d'une évaluation à l'effet qu'il y a un retard global de dévelop-

pement peut dans certains cas constituer une étape transitoire permettant de préparer les parents aux autres hypothèses envisageables, dont le diagnostic psychologique de retard mental.

Comme les notions de retard global de développement et de retard mental peuvent se recouper, notamment pour les jeunes enfants, Shevell et coll. (2003) recommandent de réserver la première, soit le *retard global de développement*, aux enfants de moins de 5 ans, et la seconde, soit celle de *retard mental*, aux enfants de plus de 5 ans et ce, même si certains tests standardisés permettent de déterminer le QI de l'enfant dès l'âge de deux ans. Les travaux de Zelazo sur le sujet (1988, 1997) recommandent de faire preuve de prudence et rapportent plusieurs études (McCall, 1979, 1982) qui démontrent que les tests conventionnels de QI, lorsqu'ils sont administrés avant l'âge de 3 ans, se caractérisent par un *coefficient de prévision* (predictive validity) relativement faible. Par ailleurs, d'autres études indiquent que ce coefficient de prévision, s'il est faible pour les résultats moyens ou au-dessus de la moyenne, peut être assez élevé pour les résultats très faibles moyens ou au-dessus de la moyenne, peut être assez élevé pour les résultats très faibles (Brooks-Gunn et Lewis, 1983) ou encore s'avérer faible ou élevé selon les populations étudiées (Hack, M. et coll., 2005). En somme, il importe de retenir que les tests conventionnels ne peuvent ni prédire ni refléter avec précision les aptitudes cognitives des enfants en bas âge. L'étiologie médicale et l'histoire clinique sont alors des outils utiles et pertinents auxquels il importe de recourir à cette fin.

Dans la pratique et dans certains contextes, la conclusion à un retard global de développement peut même prévaloir jusque vers l'âge de 7 ans. Se donner cette marge de manœuvre, c'est prendre en considération le fait que d'importants changements peuvent survenir durant cette période de l'enfance. D'une part, la mise en place de mesures diverses de stimulation ou de réadaptation est susceptible de permettre l'actualisation du potentiel de l'enfant (ex. : fréquentation d'un centre de la petite enfance, exposition à un programme d'intervention précoce ou de stimulation intensive, entrée à l'école, etc.). Ce dernier scénario peut se présenter lorsque les évaluations situent l'enfant dans le registre du retard mental léger ou encore lorsque certains résultats partiels, tenant compte de la marge d'erreur, se rapprochent de la moyenne, lorsqu'il y a des conditions de développement atypiques reliées à des troubles neurologiques ou encore des problématiques associées (ex. : troubles de la

communication ou du langage, troubles d'apprentissage, troubles envahissants du développement). D'autre part, la situation inverse est également possible, soit un glissement vers un retard plus marqué au-delà de 7-8 ans, souvent caractérisée par une incapacité d'accéder aux derniers stades de maturation de l'intelligence qui permettent de résoudre des tâches cognitives complexes, ce qui limite d'autant l'actualisation du potentiel adaptatif. Il s'agit d'un facteur clé dans l'établissement d'un diagnostic psychologique de retard mental. Il est également possible de conclure à un retard global de développement dans d'autres situations où une hypothèse de retard mental demeure à vérifier et ce, même si le déficit apparaît plus prononcé sur le plan intellectuel et que l'utilisation d'un seul test de QI ne permettrait pas de confirmer la présence d'un retard mental.

Le retard global de développement doit être également évalué à l'aide d'instruments valides. Par ailleurs, il est nécessaire de réévaluer les enfants après un certain temps pour tenir compte du potentiel de changement de ceux-ci, principalement lorsqu'il y a des raisons de croire, à la lumière d'observations ou d'évaluations complémentaires dans des disciplines telles l'orthophonie ou l'ergothérapie, que le profil cognitif a pu être modifié. L'enfant peut être réévalué entre 6 mois et 2 ans après l'évaluation initiale.

Il faut mentionner toutefois que le fait de ne pas diagnostiquer le retard mental chez de jeunes enfants pour les seuls motifs de prudence peut entraîner des effets pervers. Cela survient notamment lorsque la conclusion de la présence d'un retard global de développement empêche l'enfant de se qualifier, par exemple, pour l'obtention de services ou de mesures de soutien, dispensés par les centres de réadaptation ou par le milieu scolaire (ex. : maternelle 4 ans), qui lui auraient permis de combler ou d'atténuer ses déficits. Ce risque se présente également dans les situations où l'étiologie et les déficits sont facilement identifiables bien avant l'âge de 5 ans. Dans ce cas, la conclusion à un retard global de développement peut contribuer à entretenir l'attitude de déni de certains parents devant les difficultés de leur enfant.

LE PREMIER ENTRETIEN DANS LE PROCESSUS D'ÉVALUATION

Le premier entretien avec les parents, avec un tuteur ou avec toute autre personne responsable de la personne à évaluer est une étape cruciale du processus, compte tenu du contexte émotif qui prévaut habituellement. En effet, ces personnes peuvent être confrontées pour la première fois à la réalité du retard mental. Le psychologue doit en premier lieu préciser le mandat qui lui est confié, ce qui implique d'indiquer l'origine de la demande, les motifs de la consultation et les objectifs qui s'y rattachent. Ces derniers peuvent varier selon qu'ils proviennent du milieu scolaire ou d'un CRDITED. En second lieu, le psychologue doit établir sa crédibilité et celle du processus qu'il entamera. Pour y arriver, il doit entre autres faire preuve d'ouverture, de transparence et d'écoute empathique tout en s'assurant de bien se faire comprendre.

Le consentement à l'intervention

Il est plutôt rare que la démarche d'évaluation se fasse sans que l'entourage immédiat de la personne visée ne soit directement mobilisé. Si le processus concerne une personne de 14 ans et plus, c'est cette dernière qui autorisera tant l'évaluation que l'obtention d'informations provenant d'un tiers, alors que le parent ou le représentant légal est autorisé à donner l'autorisation pour les personnes de moins de 14 ans.

Dans tous les cas, le psychologue doit présumer de l'aptitude à consentir de la personne auprès de qui il s'engage et le fait d'être en présence d'une personne présentant possiblement un retard mental ne permet pas d'emblée de conclure autrement. L'établissement de l'inaptitude devrait reposer sur un processus rigoureux, processus ne faisant toutefois pas l'objet du présent document. Par ailleurs, la reconnaissance éventuelle d'un certain degré d'inaptitude chez la personne concernée ne suffirait pas pour déroger aux obligations professionnelles relatives à l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Le psychologue doit utiliser tous les moyens nécessaires pour se faire comprendre de ses interlocuteurs, particulièrement de la personne faisant l'objet de l'évaluation, en adaptant au besoin son niveau de langage.

Le psychologue doit également présenter objectivement à la personne à évaluer (à ses parents lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de 14 ans ou à ses représentants) l'information

nécessaire pour qu'elle puisse prendre une décision en toute connaissance de cause et en toute liberté². Les efforts déployés à cet effet, par le psychologue, créent une alliance de travail favorisant le lien de confiance et facilitant la collecte d'informations.

Les points suivants devraient faire l'objet des échanges :

1. Le but et la nature de l'évaluation psychologique :
 - le rôle, les responsabilités et les droits de la personne à évaluer, de ses proches, du psychologue et des différents organismes impliqués (CRDITED, écoles et autres) ;
 - les objectifs, les outils ou techniques utilisés et leurs limites, ainsi que le déroulement prévu ;
 - le temps prévu pour compléter le travail d'évaluation (ex. : durée du processus, nombre de rencontres, rythme des rencontres...);
 - les règles de fonctionnement concernant la réévaluation ;
 - les possibilités de contre-expertise et l'impact d'une telle démarche ;
2. les avantages, les conséquences et les risques probables³ associés au processus d'évaluation ;
3. les autres possibilités d'intervention ;
4. le droit du client de retirer son consentement en tout temps ;
5. les compétences particulières du psychologue et leur pertinence au mandat ;
6. l'obligation de tenir un dossier (production de rapport, accès au dossier...);
7. le droit du client au secret professionnel et son corollaire, soit l'obligation du psychologue au secret professionnel, et les limites de la confidentialité ;
8. les modalités particulières au traitement des enfants de moins de 14 ans, et à ceux de 14 à 18 ans, relativement au secret professionnel ;

2. Pour plus de détails, nous vous référons au document *La tenue de dossier, guide explicatif*, notamment à la section traitant du consentement au traitement.

3. Il faut distinguer les risques probables et les risques possibles. Il n'y a pas lieu de faire état de tout ce qui pourrait possiblement survenir.

4. Ce délai ne s'applique pas dans les situations où le psychologue travaille dans un établissement couvert par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

9. le cas échéant, la question des honoraires et des modalités de paiement :

- les différents actes professionnels pouvant faire l'objet d'honoraires (entrevues, communications avec des tiers, rédaction de rapports particuliers...)
- le montant fixé, les augmentations prévisibles ;
- les modalités de paiement ;
- l'émission de reçus ;

10. toute autre question du client, des parents ou du représentant légal sur les services demandés.

Afin de favoriser la clarté du mandat et des ententes, il est suggéré d'en consigner les éléments dans un document qui tient lieu de contrat. Un tel document, cosigné par le client et par le psychologue, confirme le consentement du premier et l'engagement de chacun. Le cas échéant, ce document sera versé au dossier du client.

Le consentement à la transmission d'information

Compte tenu de l'obligation du psychologue au secret professionnel, la transmission d'information à un tiers concernant le client doit être consentie par celui-ci par écrit, sauf exception, s'il y a urgence ou si la loi l'ordonne. L'objet du consentement devrait couvrir les points suivants :

1. le responsable de la transmission de l'information ;
2. le destinataire de l'information ;
3. la nature de la demande justifiant la transmission de l'information ;
4. la nature de l'information à transmettre (bulletins ou rapports de garderie, résultats de l'évaluation...);
5. le moment où l'information sera transmise, cela incluant le délai de 15 jours imposé par le *Règlement sur la tenue de dossier et des cabinets de consultation des psychologues* et la possibilité pour le client de renoncer à ce délai⁴ ;
6. la durée de la validité du consentement donné selon les règles en vigueur dans le milieu ou à défaut selon l'entente convenue ;

7. l'usage prévu de l'information à transmettre ;
8. les conséquences possibles et, le cas échéant, les réserves du psychologue à procéder à une telle transmission d'information.

LES CONDITIONS OPTIMALES DU CADRE DE L'ÉVALUATION

Le mandat d'évaluer le retard mental confère au psychologue la responsabilité d'obtenir le meilleur rendement du sujet. À cet égard, le psychologue tient compte des facteurs qui pourraient avoir un impact sur ce dernier, comme l'état physique, l'état mental et le niveau d'énergie du client. Il peut également s'informer du moment le plus propice pour procéder à l'évaluation, prévoir la possibilité d'annuler le rendez-vous si les conditions sont défavorables ou encore planifier des rencontres supplémentaires afin de compléter le processus.

Le psychologue peut également convenir de réaliser les évaluations dans un endroit disposant de l'équipement nécessaire à l'observation de la séance de travail ou de certaines étapes de celle-ci, comme dans une salle adjacente munie d'un miroir sans tain. Cela doit se faire selon les règles usuelles de consentement. La prudence est toutefois de rigueur afin d'éviter de divulguer le contenu des épreuves, ce qui pourrait éventuellement biaiser des évaluations subséquentes auprès d'autres sujets. À cet effet, l'article 50 du Code de déontologie des psychologues stipule que :

Le psychologue prend les moyens nécessaires afin de ne pas compromettre la valeur méthodologique et métrologique d'un test et, à cet effet, il ne remet pas le protocole au client ou à un tiers qui n'est pas psychologue.

La possibilité d'observer le travail du psychologue et de constater le fonctionnement de la personne évaluée favorisera vraisemblablement un meilleur échange lors de la présentation des résultats.

LE CHOIX DES INSTRUMENTS DE MESURE

L'article 47 du Code de déontologie des psychologues balise en ces termes l'utilisation des tests psychologiques :

En ce qui concerne l'utilisation, l'administration, la correction et l'interprétation des tests psychologiques, ainsi que la publication de tests et l'information que doivent contenir les manuels et les documents s'y rattachant, le psychologue res-

pecte les principes scientifiques et professionnels généralement reconnus dans ce domaine de la psychologie.

La responsabilité du psychologue ne se limite cependant pas à choisir des instruments de mesure en fonction de leurs seules qualités psychométriques. Ceux-ci doivent en outre être conformes aux fins pour lesquelles ils ont été construits et validés de même que convenir aux personnes ciblées. Cela implique que le psychologue connaît les principes de base concernant l'utilisation de techniques d'évaluation, d'entrevues, de tests et autres instruments de mesure et qu'il y adhère. Le choix d'un instrument, qu'il concerne la mesure de l'intelligence ou du comportement adaptatif, est déterminé par l'âge chronologique ainsi que par la culture ou l'ethnie de la personne à évaluer. L'article 48 du Code de déontologie précise que :

Le psychologue reconnaît les limites inhérentes aux instruments de mesure qu'il utilise et interprète le matériel psychométrique avec prudence, notamment en tenant compte :

1. *des caractéristiques spécifiques des tests ou du client qui peuvent interférer avec son jugement ou affecter la validité de son interprétation ;*
2. *du contexte de l'intervention ;*
3. *de facteurs qui pourraient affecter la validité des instruments de mesure et nécessiter des modifications quant à l'administration des tests ou à la pondération des normes.*

Cependant, si un psychologue utilise un test qui n'a pas été normalisé ou standardisé auprès de la population dont fait partie la personne à évaluer, si les normes ne sont pas récentes ou s'il a été conçu pour des fins autres que l'évaluation intellectuelle ou adaptative, il doit en faire clairement état dans son rapport et se montrer très prudent dans l'interprétation et l'utilisation des résultats. À cet égard, l'American Psychological Association (*Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*) précise :

Quand un utilisateur de tests envisage d'effectuer un changement autorisé dans la présentation matérielle d'un test, dans son mode d'administration, dans les directives à transmettre ou dans la langue utilisée, il devrait disposer de justifications solides lui permettant de conclure que la validité, la fidélité et

la justesse des normes ne seront pas compromises par ce ou ces changements. (Norme 11.19, p. 141)

En présence de facteurs affectant la validité, la fidélité et la justesse, alors qu'il n'existe pas de procédure d'ajustement de score validé et documenté, le psychologue en fait état sans modifier les résultats obtenus. Ceux-ci ne peuvent être utilisés que comme des indices pouvant appuyer un ensemble d'autres observations. Les conclusions à tirer doivent d'autant être nuancées, sinon formulées comme des hypothèses à vérifier.

Enfin, le psychologue a la responsabilité de se tenir à jour quant aux instruments qu'il privilégie. Il doit recourir à des outils qu'il maîtrise bien pour fonder son jugement.

L'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

L'évaluation du fonctionnement intellectuel est à distinguer de l'évaluation de l'intelligence à proprement parler. L'intelligence est un concept abstrait, complexe, toujours en évolution. Plusieurs définitions ont été proposées pour le cerner et il serait réducteur de prétendre en donner la mesure exacte avec les seuls outils qui ont été développés jusqu'à maintenant. Il ne faut donc pas confondre les résultats d'un test de QI et l'intelligence en soi, ni conclure que les seuls tests de QI peuvent permettre de se prononcer sur l'intelligence. Il est utile à cet effet de rappeler que de nombreux tests de QI ont été construits pour évaluer les capacités d'un enfant à répondre aux exigences de l'école. Ces considérations sont importantes pour éviter les risques de conclure à un déficit de l'intelligence en soi, alors qu'il n'y aurait pas lieu de tirer pareille conclusion.

Pour procéder à l'évaluation du fonctionnement intellectuel, le psychologue aura recours à des tests qui permettent d'obtenir un score de quotient intellectuel (QI), moyen actuellement le plus reconnu pour en quantifier les limitations et les forces. Le consensus établit à au moins deux écarts-types sous la moyenne le seuil permettant de conclure à une déficience intellectuelle, incluant l'erreur-type de mesure des instruments utilisés et tenant compte des forces et limites de ces instruments. Il s'agit d'un critère essentiel au diagnostic psychologique de retard mental. Dans les situations extrêmes, une échelle de développement pourra être utilisée afin de déterminer un quotient de développement et d'établir un profil des forces et des faiblesses relatives de la personne. On peut recourir à un tel instrument lorsque les

scores à un test de QI se situent en deçà des normes et ne permettent pas d'apprécier de façon juste et équitable le fonctionnement de la personne. L'échelle de développement permet d'estimer l'importance du retard puisque, selon les sphères de développement mesurées, les niveaux fonctionnels atteints peuvent être comparés aux niveaux attendus à un âge donné. Par ailleurs, il est à noter que les quotients de développement présenteraient peu de fiabilité en deçà du troisième écart-type, selon les normes établies, non plus qu'ils ne sauraient constituer un équivalent de QI. Dans ces circonstances, il importe de démontrer une sensibilité particulière aux caractéristiques de la personne et de faire preuve de réserve avant de poser le diagnostic psychologique. Enfin, dans certains cas où il est impossible d'obtenir la collaboration de la personne au processus d'évaluation, le recours à d'autres types de moyens est indiqué, comme l'utilisation de répertoires d'acquisitions selon les niveaux de déficience. Des documents descriptifs concernant les niveaux fonctionnels attendus selon les degrés de déficience (Jacobson et Mulick, 1996) peuvent permettre au psychologue d'exercer son jugement clinique de façon éclairée.

Facteurs influençant la fiabilité des résultats aux tests de QI

Les tests d'intelligence ne sont pas tous équivalents quant à leur fiabilité. En effet, ils peuvent présenter des différences en fonction des groupes d'âges pour lesquels ils ont été construits, des sous-échelles qu'ils comportent et de l'échantillon de validation. Les résultats qu'ils permettent d'obtenir peuvent donc varier en fonction de ces différents paramètres.

Dispositions de la personne évaluée et du psychologue

L'interférence de certaines variables, comme les caractéristiques personnelles du sujet, ses dispositions et son rendement dans certaines circonstances, ainsi que leur influence présumée sur les résultats rendent parfois difficile d'obtenir un QI qui corresponde avec exactitude au potentiel de la personne évaluée. D'autres caractéristiques ou tendances de la personne peuvent aussi entraver le rendement aux tests et empêcher le maintien d'une motivation optimale durant toute la durée de l'épreuve. Par exemple, les personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes, anticipant l'échec ou ayant vécu des difficultés sur les plans scolaire, personnel ou social sont plus susceptibles de ne pas fournir l'effort maximum aux tests. Ce type de réaction, surtout lorsque la

personne à évaluer présente un degré élevé de désirabilité sociale, peut amener le psychologue à être moins exigeant, ce qui empêche de vérifier le niveau optimal de fonctionnement et a pour effet de sous-estimer les capacités réelles. En pareille situation, le psychologue doit se montrer vigilant afin de repérer les personnes à risque de présenter des difficultés à offrir leur plein rendement.

Certaines attitudes ou attentes de l'examineur peuvent également constituer des biais dont il importe de tenir compte. À cet égard, Thorndike et coll. (1986) rappellent :

[...]

qu'il existe une tendance compréhensible, mais dangereuse qui consiste à se fier à l'impression générale créée par un sujet qui peut influencer la notation accordée à ses réponses [...] qu'il est facile de surestimer la capacité d'un sujet éveillé, sûr de lui et loquace, comme il est tout aussi facile de sous-estimer la capacité d'un sujet timide, entêté et tranquille.

Afin d'éviter cet effet de « halo » et ainsi assurer une objectivation optimale de la cotation et, partant, des résultats obtenus, il importe de bien noter le mot à mot des réponses de la personne évaluée.

Dans les directives générales sur l'administration de leur test, Roid et Miller (1997) soulignent à ce sujet que :

L'évaluation est un art [...] chaque personne devrait être évaluée dans les meilleures conditions possibles, cela afin de s'assurer que vous allez évaluer ses connaissances [...] et pas seulement sa performance en contexte d'évaluation!⁵.

Un certain enthousiasme de la part de l'évaluateur, tout comme un intérêt réel pour les efforts et les acquis de la personne évaluée peuvent favoriser l'expression de son meilleur rendement intellectuel. Compte tenu de l'objectif de mesurer avec le plus d'exactitude possible le potentiel réel sur le plan intellectuel, il peut être indiqué dans certaines circonstances d'utiliser des renforçateurs adaptés, et ce, afin de susciter la mobilisation maximale de la personne.

Scores limites et scores extrêmes

Il est reconnu, sur le plan statistique, que les résultats obtenus à l'aide d'un test d'intelligence sont assez fiables lorsque le score global se situe dans la limite des intervalles de deux à trois écarts-types de la moyenne du groupe de référence. Par définition, le diagnostic psychologique de retard mental doit s'appuyer davantage sur le jugement clinique lorsque le rendement mesuré aux tests psychométriques dépasse cette limite. Kaufman (1994) indique même que Wechsler n'a jamais prétendu que ses échelles de mesure de l'intelligence pouvaient être utilisées auprès des personnes dont le score s'éloignait trop de la moyenne (soit à un intervalle supérieur à deux écarts-types de la moyenne).

Rappelons qu'il est nécessaire de recourir à des extrapolations statistiques afin d'établir des normes pour les groupes de personnes obtenant des scores très élevés ou très faibles, c'est-à-dire à plus de deux écarts-types de la moyenne (Luckasson et coll., 2002/2003). Or en pratique, lorsqu'il s'agit de confirmer la présence ou l'absence d'un retard mental chez une personne, les scores se situent généralement plus près de la limite au-delà de laquelle il est difficile d'obtenir une mesure valide. Malgré cela, les résultats des tests de QI demeurent encore le meilleur moyen de représenter le fonctionnement intellectuel d'une personne si ces résultats ont été obtenus à l'aide d'instruments appropriés et interprétés avec rigueur (Luckasson et coll., 2002/2003, p. 44).

Dans les cas d'atteintes sévères ou profondes sur le plan cognitif, les scores obtenus aux tests de QI peuvent se situer au niveau du seuil « plancher » tenant compte des normes statistiques des instruments utilisés. Bien qu'il existe quelques tests dont les normes permettent la mesure de rendements se situant à trois écarts-types ou plus sous la moyenne, il convient de rappeler que le psychologue se trouve alors confronté à interpréter des scores extrêmes pouvant s'avérer moins discriminatifs et valides. Dans un tel contexte, il importe de s'appuyer sur de l'information provenant d'autres sources. Ainsi, le psychologue doit considérer l'utilisation d'un autre instrument de mesure qui permettrait l'obtention de scores plus valides. Il pourrait également s'appuyer sur des observations et prendre en compte des relevés de comportement (Jacobson et Mulick, 1996).

5. Traduction libre.

L'erreur-type de mesure

Luckasson et coll. (2002/2003) recommandent d'interpréter les résultats d'un test de QI en tenant compte de l'erreur-type de mesure (ETM). Selon l'instrument utilisé, celle-ci peut s'écarter de la mesure standardisée de 3 à 5 points, créant ainsi une zone d'incertitude (Reschly, 1987). Les études mentionnent qu'une personne soumise à nouveau au même test, obtiendrait un nouveau score variant d'une ETM (c'est-à-dire plus ou moins 3 à 4 points de QI) deux fois sur trois. Il serait donc plus juste de dire que le QI se situe dans un intervalle compris entre 3 et 4 points en deçà et au-dessus du score obtenu. Il en découle que la seule mention d'un QI de 70 à un test d'intelligence, sans autres explications, ne satisfait pas aux conditions requises pour poser un diagnostic psychologique de retard mental. Il est plus approprié de référer à un intervalle de confiance associé à un niveau variable de probabilité soit, au moins une ETM (c'est-à-dire 66 à 74 pour un QI de 70 : probabilité de 66 %) ou deux ETM (c'est-à-dire 62 à 78 pour le même QI : probabilité de 95 %) (Grossman, 1983). Il est recommandé d'utiliser un intervalle de deux ETM, ce qui correspond à la probabilité de 95 %.

L'effet Flynn

Des études sur les scores de QI réalisées dans différents pays par Flynn (1984, 1987) démontrent que le QI de la population générale a augmenté de façon constante tout au long du xx^e siècle. Elles faisaient ressortir à cet effet que le score global du QI pouvait varier d'environ 0,33 point par année. Ce phénomène, maintenant connu sous l'appellation d'effet Flynn, était plutôt associé aux sous-échelles non verbales et s'appliquait tout autant aux personnes présentant un QI dans la borne inférieure de la courbe normale (Kanaya, Ceci et Scullin, 2003). Un rééta-lonnage régulier des tests de QI se posait, dans ces circonstances, comme une nécessité. Toutefois, une recherche réalisée en 2004 au Danemark auprès d'adultes (Wicherts et coll., 2004) sur la nature de l'effet Flynn conclut que cette croissance du QI, telle que démontrée par Flynn, ne correspondait pas à une augmentation du facteur g mais possiblement à d'autres facteurs non déterminés, et qu'elle se serait arrêtée depuis peu. Il n'existe toujours pas d'étude nord-américaine qui démontre empiriquement le ralentissement ou l'arrêt de la croissance du QI. Plus récemment, Scullin (2006) indique toutefois que l'effet Flynn est toujours présent sur les données obtenues à partir du WISC-III. Ce dernier confirme par ailleurs les résultats de Kanaya *et al.* selon lesquels l'impact des normes vieillissantes est plus

grand dans la zone des QI associée au diagnostic de retard mental, que pour les QI qui se situent au niveau de la moyenne. Les données empiriques démontrent donc clairement que l'effet Flynn s'applique aux tests d'intelligence dont les normes ne sont pas récentes. Il est possible que les nouveaux tests y soient moins vulnérables. Toutefois, en attendant que des recherches soient effectuées sur ce sujet, le psychologue qui procède à une évaluation doit utiliser son jugement clinique et indiquer les possibles sources d'erreur dans l'interprétation des résultats.

L'apport des différents chercheurs dans le domaine de l'intelligence et les questionnements qui s'en dégagent appellent donc à la rigueur et confirment l'importance d'utiliser les tests ayant les normes les plus récentes et de compenser, quand l'effet Flynn s'applique au test utilisé, pour chaque année écoulée depuis la standardisation de ce test, en ajustant les résultats obtenus (hausse moyenne de 0,33 point par année).

Par exemple, la moyenne de 100 au WAIS-III (version américaine) pour la population générale repose sur la normalisation du test en 1995 (publié en 1997). Selon les résultats des recherches de Flynn voulant que le QI de la population générale augmente en moyenne de 0,33 point par année, la moyenne de la population au WAIS-III, en 2005, devrait être de 103 (10 ans \times 0,33 = 3,3). Une fois l'ajustement réalisé, l'application du critère de Luckasson et coll. (2002/2003) pour conclure à la présence de retard mental, soit un score de QI se situant à au moins deux écarts-types sous la moyenne, implique qu'un QI de 73 obtenu en 2005 serait significatif de la présence d'un déficit cognitif significatif menant à un diagnostic psychologique de retard mental, puisqu'il se situerait alors à deux écarts-types de la moyenne. L'erreur type de mesure et les biais susceptibles d'intervenir demeurent, dans cette situation comme dans d'autres, des paramètres à considérer dans l'analyse des résultats. Cependant, il importe de noter que cet ajustement des QI doit se faire avec prudence et ne saurait cautionner le recours à des tests dont les normes ne sont plus valides. Étant donné l'évolution des connaissances par rapport à l'effet Flynn, les psychologues doivent tenir compte des recherches les plus récentes à ce sujet.

L'effet de pratique

L'effet de pratique fait référence à une augmentation des scores de QI pour une même personne à qui le même test d'intelligence a été administré dans un court laps de temps. Ce gain peut survenir même si la personne n'a reçu aucun com-

mentaire sur ses réponses lors de la première évaluation. Il ne s'explique pas non plus par des effets de maturation ni par l'amélioration des habiletés de la personne (Kaufman, 1994). Le manuel technique du WAIS-III (Thulsky et coll. 1997) réfère à des études qui illustrent cette situation, certaines indiquant que l'effet de pratique aux échelles de performance diminue après un intervalle de un à deux ans, intervalle qui est plus court pour les échelles verbales. La recherche démontre également que le QI global augmente en moyenne de 5 points si un même test est administré une seconde fois de 2 à 12 semaines après la première passation (Wechsler, 1997, page 56).

Compte tenu du consensus concernant l'effet de pratique et des divergences quant au temps à respecter entre deux passations, il s'avère plus prudent d'attendre environ un an avant de répéter l'administration d'un même test d'intelligence à la même personne. Advenant la nécessité de vérifier rapidement les résultats d'une évaluation, il serait important de consulter les manuels des tests traitant de ce sujet et d'indiquer clairement les limites d'une telle évaluation dans le rapport, ou encore de recourir à des épreuves analogues.

L'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT ADAPTATIF

L'évaluation du comportement adaptatif fait partie intégrante de l'évaluation du retard mental (Luckasson et coll. 2002/2003). Cette évaluation doit tenir compte des contextes de vie habituels de la personne, ceux-ci devant être comparables à ceux des pairs du même âge. Le comportement adaptatif consiste en un ensemble d'habiletés apprises qui permettent de fonctionner au quotidien. Regroupées en trois domaines depuis 2002, elles concernent les habiletés conceptuelles, les habiletés sociales et les habiletés pratiques. L'influence grandissante des modèles conceptuels de la compétence personnelle élaborés par différents auteurs ainsi que les récentes études d'analyses factorielles (Greenspan, 1999; Greenspan et Driscoll, 1997; Gresham et Elliott, 1987; Thompson et coll., 1999) ont permis une évolution significative dans ce secteur. L'évaluation des habiletés adaptatives doit porter sur la présence des trois aspects suivants : un déficit de l'acquisition, soit ne pas savoir comment produire le comportement désiré; un déficit de l'exécution, soit la difficulté à saisir dans quel contexte ou à quel moment agir; et d'autres facteurs reliés à la motivation pouvant nuire à l'expression des habiletés.

L'accent est donc mis dorénavant sur l'expression ou l'actualisation des habiletés pertinentes et non sur l'apprentissage des habiletés générales. De plus, le modèle théorique du retard mental, mis de l'avant depuis 1992 par l'AAMR, conçoit le fonctionnement individuel comme étant le résultat de l'interaction du soutien avec les cinq dimensions suivantes du modèle, soit :

- les capacités intellectuelles,
- le comportement adaptatif,
- la santé,
- le contexte,
- la participation, les interactions et les rôles sociaux.

Les limitations du comportement adaptatif ne peuvent donc être considérées de façon univoque, sans qu'elles ne soient éclairées par les quatre autres dimensions.

Définition opérationnelle d'une limitation significative du comportement adaptatif

Selon Luckasson et coll. (2002/2003),

Les limitations significatives sur le plan du comportement adaptatif sont définies de manière opérationnelle comme une performance ou un score qui se situe à au moins deux écarts-types sous la moyenne, soit : (a) à l'un des trois types de comportements adaptatifs suivants : conceptuel, social et pratique; (b) un score global mesuré à l'aide d'un instrument standardisé portant sur des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques (p. 89).

De plus, Luckasson et coll. (2002/2003) estiment qu'un score de deux écarts-types sous la moyenne pour l'un des trois types de comportement adaptatif aura sans doute un impact suffisamment grand sur le déficit global pour qu'il soit significatif. Comme il est plus difficile de trancher lorsque le résultat se situe dans la moyenne ou est supérieur à la moyenne pour les deux autres domaines, le recours à une approche favorisant des méthodes de mesure multiples, ainsi que l'analyse des éléments tirés de l'histoire de développement du sujet et des documents provenant d'autres sources peuvent contribuer à prendre une décision diagnostique éclairée. Certains auteurs, comme Gresham et Elliott (1987), soutiennent qu'une évaluation complète des habiletés sociales peut comprendre, notamment, une

observation directe des comportements, des outils sociométriques différents et des jeux de rôles ou des entrevues. Sattler (1998) soutient en outre qu'aucun instrument ne peut à lui seul mesurer tous les aspects du comportement adaptatif. Les psychologues ont à se tenir à jour pour choisir les outils d'évaluation les mieux adaptés à chaque situation.

La sélection des répondants

Outre les échelles de comportements adaptatifs reposant sur une autoévaluation, les plus récentes nécessitent la participation de tierces personnes (parents, milieux substitués, enseignants, intervenants, etc.) afin de recueillir l'information pertinente. Pour ces dernières, il est recommandé de faire appel à au moins deux répondants. De préférence, l'évaluation prendra la forme d'une entrevue face à face entre le psychologue et le ou les répondants. Il est essentiel que ceux-ci saisissent bien le sens de chacune des questions et soient familiers avec les échelles de cotation pour faire en sorte que l'information recueillie soit valide et fidèle. De plus, les répondants doivent bien connaître la personne et avoir eu la possibilité de l'observer dans différents contextes (milieu de vie, école, loisirs, etc.). En pratique, un répondant qui n'a pas eu l'occasion d'observer la personne durant trois ou quatre mois ne peut répondre à l'ensemble du test. Il est en outre recommandé de référer aux manuels d'utilisation des tests qui donnent des indications à ce sujet. Les résultats de l'entrevue et la nature de la relation entre les répondants et la personne évaluée sont à considérer dans l'analyse des données (Harrison et Robinson, 1995). Les observations effectuées en dehors soit de l'environnement habituel des personnes, de leur groupe d'âge ou encore de leur culture réduisent la validité de l'évaluation.

L'HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT

Par définition, le retard mental est un trouble lié au développement, les atteintes ou déficits du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif devant survenir avant la fin de la période de développement (18 ans, au Québec) pour être considérés comme critères diagnostiques. Par conséquent, l'historique du développement de la personne (anamnèse) est une étape nécessaire de l'évaluation puisqu'elle permet de déterminer l'âge d'apparition des déficits. Si le psychologue ne dispose pas de documents qui en font état, il peut obtenir les données pertinentes auprès de la famille ou des professionnels qui ont travaillé avec la personne à évaluer pour retracer l'histoire biopsychosociale et le chemi-

nement scolaire. De l'avis de nombreux psychologues, ce travail est d'autant plus difficile à réaliser que la personne à évaluer est avancée en âge. Il en découle qu'il est possible de poser un diagnostic psychologique de retard mental après l'âge de 18 ans, pourvu que le psychologue puisse documenter que les déficits sur les plans intellectuel et adaptatif étaient présents avant ce moment.

Le psychologue ne peut en aucun cas extrapoler l'âge d'apparition à partir du fonctionnement actuel de la personne. En plus d'être complexe, la démonstration risque de ne pas être probante, puisque le fonctionnement actuel de la personne pourrait tout aussi bien s'expliquer par des facteurs survenus après la période de développement (par exemple, l'abus de substances, la prise de psychotropes ou des conditions de vie aliénantes). Lorsque les atteintes se manifestent après l'âge de 18 ans, le diagnostic psychologique de retard mental ne peut être posé et une autre expertise peut être requise. Dans ces cas, le recours à l'expression déficits cognitifs acquis est plus juste.

L'ENTRETIEN BILAN

L'évaluation diagnostique comporte, entre autres responsabilités, celle d'en faire le bilan. Les résultats seront communiqués à la personne évaluée ainsi qu'à ses parents ou à une tierce personne, conformément à ce qui a été préalablement convenu aux étapes du consentement à l'intervention et à la transmission de l'information. Dans le cas de l'évaluation d'un enfant, il est souhaitable de rencontrer les deux parents ensemble pour un entretien bilan. Cette démarche doit s'inscrire dans un contexte privé et confidentiel. Cette tâche, des plus délicate, est souvent appréhendée par le psychologue à qui incombe la responsabilité d'annoncer le diagnostic psychologique de retard mental. Il faut néanmoins considérer que cet entretien constitue une étape essentielle du processus d'adaptation de la famille et du travail de deuil qui devra s'amorcer. Un bon entretien bilan peut également contribuer à réduire l'angoisse diffuse que vivent certains parents en nommant des limites qui, jusque-là, n'étaient que vaguement perçues. Il peut également être pertinent de s'adresser à l'enfant seul ou bien aux parents sans la présence de l'enfant afin de mieux rendre compte de certains résultats ou de respecter des désirs à cet effet déjà formulés. Cela s'applique particulièrement aux enfants ayant une compréhension adéquate de leur situation et aux jeunes de 14 à 18 ans, ceux-ci jouissant d'un plein droit à la confidentialité.

L'annonce du diagnostic psychologique

L'article 41 du Code de déontologie des psychologues stipule que :

Le psychologue cherche à établir ou à maintenir avec son client une relation de confiance et de respect mutuels.

Cet article est d'autant plus important que l'annonce du diagnostic psychologique de retard mental est souvent une expérience difficile et douloureuse pour les parents. Le choc qui en résulte est parfois si grand que certains parents refusent carrément d'entendre ce qui leur est communiqué (Lamarche, 1987). En effet, apprendre que son enfant est différent peut impliquer de devoir renoncer à certains rêves et espoirs nourris à son endroit. Le désarroi qui accompagne cette expérience s'exprime de plusieurs façons et suit souvent les mêmes étapes que celles du deuil : confusion, chagrin, déni, détresse, colère, culpabilité, effondrement, etc. Dans ce contexte difficile, le psychologue doit particulièrement faire preuve d'empathie. Il doit également s'assurer que ses interlocuteurs ne confondent pas le retard mental et la maladie mentale.

Il y a consensus en ce qui a trait aux bonnes pratiques en matière de communication du diagnostic psychologique. En général, elles concernent la manière d'annoncer le diagnostic tout en veillant à ce que l'information soit transmise le plus efficacement possible (Cunningham et coll., 1984; Ligan et Newton, 1996). Il ressort clairement des études portant sur le degré de satisfaction des parents informés du diagnostic psychologique de leur enfant que ceux-ci sont très sensibles à l'attitude et à la manière dont les professionnels s'y prennent pour livrer leurs conclusions diagnostiques (Brogan et Knussen, 2003).

L'annonce du diagnostic psychologique est une étape cruciale du long processus d'acceptation par les parents de la condition de leur enfant. Si celle-ci se déroule selon les règles de l'art, la confiance et la collaboration des parents n'en seront que renforcées. À l'inverse, un sentiment de méfiance résultant d'une mauvaise expérience lors de l'annonce du diagnostic psychologique risque de briser le lien de confiance avec le psychologue et avec les autres professionnels qui seront ultérieurement appelés à intervenir auprès d'eux. Dans ce contexte, le psychologue doit être à l'écoute et présenter les choses avec simplicité et délicatesse. Toutefois, il importe d'éviter toute ambiguïté et, à cet égard,

certain auteurs (Quine et Pahl, 1986) recommandent la franchise et la transparence dans la présentation des résultats. Il est important que le psychologue prenne le temps d'expliquer la démarche qu'il a suivie (choix de l'instrument, évaluation, analyse des données, jugement clinique, etc.) afin de dissiper tout doute concernant la validité du processus et des résultats. Par ailleurs, il n'est pas rare que les parents ou le tuteur éprouvent des réticences à accepter les conclusions qui leur sont exposées. Advenant cette situation, le psychologue doit faire preuve de circonspection et se montrer prêt à échanger avec les personnes concernées.

La communication des résultats demeure en soi un exercice délicat et cela même si le diagnostic psychologique de retard mental est écarté. En pareille situation, il est préférable d'émettre quelques hypothèses sur d'autres causes pouvant expliquer les difficultés de la personne, ce qui peut impliquer et interpeller également les personnes significatives.

Repères pour l'entretien bilan⁶

La diversité des conditions particulières de chaque personne évaluée ajoute à la complexité inhérente à cette étape du processus. Une bonne connaissance des obstacles et des facilitateurs de prise de conscience parentale constitue un outil important pour le psychologue qui doit définir le cadre de l'entrevue. À titre d'exemple, les parents d'un enfant unique ayant une déficience intellectuelle légère sans étiologie médicale connue risquent de prendre conscience de la situation beaucoup plus tardivement que les parents dont un autre enfant présente une déficience plus importante associée à une anomalie chromosomique bien identifiée.

Pour aider les personnes concernées à vivre cette expérience le mieux possible, il est donc fortement recommandé de prendre toutes les dispositions nécessaires pour bien encadrer le déroulement de l'entretien bilan. Pour un enfant, la présence des deux parents à la rencontre est souhaitable, notamment pour assurer que ceux-ci ont bien reçu la même information. La liste de suggestions suivante, inspirée de Marois (1993)⁷, sans être exhaustive, fournit quelques repères utiles à la conduite de cet important entretien :

1. Recadrer l'entrevue bilan dans le contexte du motif de consultation.

6. Les mêmes considérations doivent être prises en compte et adaptées lorsque l'entretien s'effectue avec la personne évaluée.

7. Tiré d'une conférence donnée par Pierre Marois au Centre hospitalier Sainte-Justine, le 16 mars 1993, dans le cadre d'une semaine dont le thème était « L'enfant et l'hôpital ».

Dans un contexte où il convient de déterminer les facteurs pouvant faire obstacle à la prise de conscience ou au contraire la faciliter, il peut être opportun de clarifier à nouveau les motifs, l'origine et les enjeux de la demande de consultation. Il importe également de tenir compte de la possibilité que la personne ait déjà été évaluée ou ait reçu un diagnostic médical, ce qui peut influencer la compréhension et l'acceptation de ce qui sera présenté.

2. Présenter un portrait global et nuancé

Le bilan doit permettre à la personne évaluée autant qu'à ses parents⁸ de se faire un portrait global et nuancé du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Pour ce faire, il est utile de souligner tant les forces que les faiblesses qui se dégagent de l'évaluation afin d'éviter que l'attention ne porte que sur les déficits et ainsi contribuer à orienter la personne vers les services qui l'aideront à actualiser son potentiel. Le processus d'adaptation ou de deuil pourra en être facilité et l'angoisse susceptible de s'y rattacher, réduite.

3. Bien choisir ses mots et adopter une attitude empathique

Tout au long de l'entretien bilan, le psychologue doit se montrer soucieux du mieux-être de la personne évaluée et de ses parents, tout en veillant à accueillir et à contenir la réaction émotionnelle des personnes concernées. Il importe aussi d'utiliser un langage accessible dans le but d'assurer que les interlocuteurs se sentent compris et puissent saisir la portée des explications et des conclusions diagnostiques.

4. Donner une information claire, concise et factuelle

Plus l'information transmise est claire, concise et factuelle, moins il y a de risques qu'elle soit interprétée de manière erronée ou encore qu'une demande de consultation soit adressée à un autre psychologue pour obtenir un deuxième avis. Cependant, le psychologue doit veiller à ne pas heurter ses interlocuteurs et à la responsabilité de faire preuve de réserve lorsqu'il communique les résultats.

Par ailleurs, lorsque le psychologue a des indices d'un potentiel différent de celui suggéré par les résultats obtenus et qu'il ne peut de ce fait confirmer le diagnostic psychologique de retard mental, il recommandera une nouvelle évaluation. Le cas échéant, il pourra préciser le délai recommandé ou, en d'autres circonstances, suggérer une évaluation de contrôle.

5. Optimiser les conditions de la transmission du rapport

L'entretien bilan reprend, à toutes fins utiles, le contenu du rapport d'évaluation. Pour éviter tout malentendu, le psychologue doit faire l'effort d'harmoniser son rapport écrit et son rapport verbal, notamment quant à la forme et aux mots choisis. Comme il est possible que le rapport écrit soit transmis à un tiers et consulté ultérieurement par les parents, il peut être opportun de présenter une version écrite dès l'entretien bilan, ce qui permettra d'y réagir avant qu'il ne soit versé au dossier. Cela permet de limiter les utilisations inappropriées du rapport par de tierces personnes qui pourraient être appelées à en débattre le contenu avec les parents.

Il peut être opportun, dans certaines situations, de vérifier au préalable le niveau de compréhension des parents, pour s'assurer qu'ils pourront bien intégrer les informations contenues dans le rapport transmis. Pour ce faire, il peut être utile, par exemple, de leur demander de faire une synthèse des démarches qu'ils ont effectuées ou encore de solliciter leur opinion sur tout le processus d'évaluation. Cela témoigne de l'importance qui leur est accordée et éventuellement permet de préciser l'information, de nuancer les propos ou encore de revenir sur certaines conditions de l'évaluation.

6. Favoriser la participation de la personne et des parents

Le psychologue doit inviter la personne évaluée ou les parents à poser des questions et il peut les assurer de sa disponibilité dans l'éventualité où celles-ci surviendraient après-coup. Le cas échéant, il doit répondre le plus honnêtement possible, sans les devancer ni élaborer au-delà de la demande qui lui est faite.

Il arrive aussi que les parents rapportent des anecdotes ou fassent des observations qui soutiennent le propos du psychologue. Il importe de saisir ces occasions pour valider leurs perceptions témoignant de leur compréhension de la situation, ce qui aura en même temps pour effet de les conforter dans leur capacité de jugement.

Le psychologue assure la personne ou les parents de sa disponibilité en cas de besoin ou encore pour expliquer la situation à d'autres membres de la famille (fratrie, famille élargie) qui risquent d'être touchés de près ou de loin.

8. La référence ici aux parents n'exclut pas la possibilité que l'enfant soit accompagné d'un tuteur, d'un représentant ou de personnes proches qui tous doivent faire l'objet des mêmes considérations de la part du psychologue.

7. Prévoir l'après-coup

Après avoir présenté les conclusions diagnostiques, il est recommandé de diriger les parents vers des sources d'informations et de soutien reconnues pour leur expertise en retard mental ou encore de leur offrir de la documentation sur les services existants.

Le psychologue, par ailleurs, doit se préparer à l'éventualité, assez fréquente, que les parents réagissent quelques jours après l'annonce du diagnostic psychologique notamment pour en questionner la valeur ou la validité, voire le contester. Il est important alors de confronter avec ouverture cette nouvelle prise de position en prenant soin de ne pas créer un climat d'affrontement. Dans tous les cas, il importe de respecter le rythme des parents et de tenir compte des capacités et des limites de chacun à faire face à la réalité. Le psychologue doit aussi tenir compte de la dimension culturelle qui peut influencer la compréhension et la portée du diagnostic psychologique.

RÉDACTION DU RAPPORT

Le rapport doit être rédigé de façon claire pour en faciliter la compréhension par les personnes qui y auront accès, qu'il s'agisse de la personne elle-même, de ses proches, de psychologues, d'autres professionnels ou de non-professionnels. Chaque rapport est unique et à l'image de la personne évaluée. Le psychologue doit donc faire un portrait précis de chaque personne pour laquelle il exerce son expertise. À cette fin, le rapport doit :

- être complet au sens de ce qu'exigent les lois et règlements ;
- présenter les informations de façon organisée, c'est-à-dire en les regroupant par sections bien identifiées et facilement repérables ;
- contenir des informations exactes ;
- contenir des informations pertinentes⁹ ;
- contenir des informations contemporaines témoignant d'un délai de rédaction court ;
- être concis¹⁰ ;
- présenter un contenu interprété.

Le rapport d'évaluation indique clairement la nature du mandat confié au psychologue, les moyens utilisés par celui-ci pour s'en acquitter et les conclusions qui en ressortent. Bien que la forme du rapport puisse varier, les sections suivantes devraient s'y retrouver¹¹ :

1. données nominatives (tels *nom, prénom du client, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, sexe...*) ;
2. *date d'ouverture du dossier, date du rapport et dates des interventions* ;
3. *motif de consultation* en indiquant le nom de la personne qui fait la référence ;
4. *cadre de l'intervention* (rythme et lieu des rencontres, contexte particulier, autorisations, etc.) ;
5. *méthodologie utilisée* ;
6. contexte de la demande et anamnèse centrée sur celle-ci ;
7. observations ou impressions (attitudes et comportements observés, rapportés ou déduits...) ;
8. *épreuves d'évaluation utilisées* (description des outils avec mention des normes utilisées, participation du client, résultats obtenus, interprétation du rendement...) ;
9. compréhension globale de la situation ;
10. *conclusions* (un résumé de l'interprétation des résultats de l'évaluation dans les différents domaines faisant ressortir les forces et faiblesses, l'argumentation menant à la recommandation...) ;
11. *recommandations* (plan d'intervention incluant le cas échéant la nécessité de procéder à une réévaluation pour tenir compte du développement éventuel du sujet).

DONNÉES BRUTES, DONNÉES INTERPRÉTÉES ET DONNÉES PRÉJUDICABLES

Même si le psychologue doit évaluer de façon très précise le niveau du déficit intellectuel de la personne, il ne doit présenter dans son rapport aucune donnée brute. L'article 49 du Code de déontologie est formel à ce sujet :

9. Cette question de pertinence se rattache aux critères de nécessité et de légitimité auxquels se réfère le législateur lorsqu'il est question de collecte de renseignements personnels.

10. Il faut éviter de surcharger le dossier d'information servant d'aide-mémoire.

11. En italique : les éléments à consigner au dossier tel que le stipule l'article 3 du *Règlement sur la tenue de dossier et des cabinets de consultation du psychologue*

Le psychologue ne remet pas à autrui, sauf à un autre psychologue, les données brutes et non interprétées reliées à une évaluation ou inhérentes à une consultation psychologique.

Un QI chiffré peut être mentionné dans le rapport, en autant qu'il soit accompagné d'une analyse et d'explications claires quant au sens à lui donner. Il est également recommandé d'y adjoindre une interprétation statistique et clinique qui clarifie sa signification et de référer à des catégories plus larges de classifications. La présence de scores hétérogènes ou de profils atypiques doit être spécifiquement soulignée, tout comme la présence de troubles concomitants (dépression, TDA / H, TED, psychose ou autres) ou encore de troubles d'apprentissage (dysphasie, syndrome de l'hémisphère droit ou autres). Dans certaines circonstances où un diagnostic psychologique différentiel s'impose, des évaluations complémentaires en neuropsychologie peuvent s'avérer nécessaires et recommandées. En somme, le psychologue doit tenir compte du fait que révéler le QI, sans autres explications, ne bonifie pas le rapport et peut même être préjudiciable. Or, il arrive que ceux qui doivent décider, sur la base du rapport du psychologue, d'accorder ou de refuser des services, perçoivent le QI comme une mesure absolue et objective, fondant ainsi leur décision sur cette seule donnée et écartant du fait même d'autres aspects tout aussi importants du développement et du fonctionnement. Une évaluation précise du fonctionnement de la personne doit donc s'appuyer sur un ensemble de facteurs dont le QI ne constitue qu'un des éléments.

Il en va de même de la présentation dans le rapport du niveau de retard mental. Le psychologue doit ici aussi faire preuve de prudence, particulièrement quand il s'agit d'un retard mental léger alors que des facteurs comme l'ETM, l'effet Flynn et l'effet de pratique peuvent être en jeu dans l'évaluation du fonctionnement intellectuel. Il est de la responsabilité du psychologue d'interpréter et de recadrer les données obtenues lors de l'évaluation, afin d'éviter des utilisations qui risqueraient de nuire à la personne évaluée.

Il faut rappeler qu'avant de poser un diagnostic psychologique de retard mental, le psychologue prend en compte le contexte socioculturel de la personne évaluée et vérifie si le rendement correspond à celui des pairs du même âge et de la même culture. Cela peut contribuer à nuancer ses conclusions et sa façon de présenter le diagnostic psychologique dans ses rapports tant verbaux qu'écrits. Il est important, pour ce faire, d'évaluer l'impact du diagnostic psychologique compte tenu

notamment des valeurs, des attitudes, des comportements attendus et d'autres caractéristiques du groupe de référence.

L'APRÈS-DIAGNOSTIC : LES SUITES À DONNER

La définition proposée par Luckasson et coll. (2002/2003) souligne que le retard mental est une incapacité qui affecte le fonctionnement individuel d'une personne dans un contexte donné et que ce fonctionnement devrait s'améliorer si des services de soutien adéquats et personnalisés sont offerts de façon continue. Après avoir posé le diagnostic psychologique de retard mental, une telle offre de soutien individualisé permet une meilleure participation à la vie sociale et améliore la qualité de vie générale de la personne.

Luckasson et coll. (2002/2003) définissent le soutien comme suit :

[...]

il est composé de ressources et de stratégies qui visent à promouvoir le développement, l'éducation, les intérêts ainsi que le bien-être d'une personne et qui améliorent son fonctionnement individuel.

Dans le système de classification de l'AAMR (2002/2003), la définition et la mesure du soutien ainsi que son rôle se sont raffinés. Le modèle de soutien est devenu un élément crucial, car il vise à éviter le plus possible les situations de handicap et à favoriser la pleine participation des personnes concernées à la vie de leur communauté. Luckasson et coll. (2002/2003) élargissent le concept de retard mental et proposent une utilisation du concept de soutien à des fins de classification et d'apport de services, et non pas à des fins diagnostiques.

Compte tenu des exigences en matière d'évaluation du retard mental, il peut arriver, et c'est là un paradoxe, que des personnes aient reçu un diagnostic psychologique de retard mental et, qu'après une réévaluation, elles ne répondent plus aux critères diagnostiques en raison de l'impact des mesures de soutien dont elles auraient bénéficié à la suite de la première évaluation. Dans cette situation, c'est-à-dire lorsque les résultats aux tests de QI correspondent aux critères de retard mental et que les résultats aux tests de comportement adap-

tatif sont supérieurs aux critères minimaux requis, il est essentiel que le psychologue note dans son rapport que les mesures de soutien ont influencé les résultats et conclue qu'à défaut de maintenir ces mesures, il faudrait envisager sérieusement l'hypothèse d'un retard mental.

LE RETARD MENTAL DANS UN CONTEXTE DE TROUBLES CONCOMITANTS

Tel que déjà mentionné, poser un diagnostic psychologique de retard mental est un processus complexe qui déborde parfois du cadre de l'évaluation du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. En effet, le psychologue reçoit régulièrement en consultation des personnes qui présentent des handicaps ou des pathologies qui peuvent compliquer et même compromettre le bon déroulement du processus d'évaluation ou affecter la validité des résultats. Cette situation peut survenir, notamment, lorsque la personne présente des troubles sensoriels, des troubles de la communication ou du langage, des troubles moteurs, des déficits ou des troubles cognitifs spécifiques, des troubles neurologiques (épilepsie, paralysie cérébrale, etc.) ainsi que des troubles de santé mentale. Aux fins du présent document, une attention particulière sera accordée à trois situations fréquemment rencontrées, soit la présence d'un retard mental profond et de multiples handicaps, la présence d'un trouble de santé mentale et la présence d'un trouble envahissant du développement.

Lorsque le psychologue considère que la présence de telles problématiques peut affecter les résultats aux tests, il peut demander conseil à des collègues ou orienter son client vers d'autres professionnels reconnus compétents (psychologues spécialisés en neuropsychologie, neurologues, orthophonistes, ergothérapeutes, pédopsychiatres ou autres). Il ne s'agit pas de banaliser les difficultés cognitives ou d'en évaluer la sévérité à la baisse, mais de faire ressortir le plus justement possible les déficits d'un autre ordre qui pourraient affecter le rendement aux tests, ainsi que d'identifier des épreuves mieux adaptées à la situation particulière du sujet. Cette même information peut également contribuer à déterminer la nature et l'ampleur du soutien nécessaire pour favoriser une meilleure adaptation à l'environnement et l'actualisation du plein potentiel de la personne. Cependant, la modification des consignes des tests n'est pas appropriée,

non plus que des modifications touchant au contexte d'évaluation, le risque étant d'invalider les épreuves utilisées.

ÉVALUATION D'UNE PERSONNE PRÉSENTANT UN RETARD MENTAL PROFOND OU AYANT DE MULTIPLES HANDICAPS

Selon Tassé et Morin (2003), 5 % des personnes présentant un retard mental auraient des limitations cognitives profondes. La grande majorité de ces personnes présente aussi des troubles associés : sensoriels, moteurs, physiques, organiques, mentaux, etc. Il convient donc de tenir compte de ces handicaps tant pour choisir les instruments de mesure appropriés que pour adapter les conditions de passation des épreuves. En outre, le recours à une échelle de développement est requis lorsque le résultat aux épreuves intellectuelles est en deçà du seuil plancher des tests standardisés de mesure du QI.

Le psychologue doit considérer, dans son interprétation des résultats, que les personnes présentant des handicaps physiques sont susceptibles d'obtenir des scores plus bas que celles ayant un même niveau de fonctionnement intellectuel sans présenter de tels handicaps, en raison même de cette condition. Il doit aussi faire la différence, parmi les personnes présentant des troubles de la communication, entre celles qui accusent des déficits sur le plan de la parole et du langage et celles dont le trouble est plutôt d'origine relationnelle. Il est important, également, de distinguer la personne polyhandicapée, de la personne présentant de multiples handicaps. Selon Zucman et Spinger (1985), la personne « polyhandicapée » présente des incapacités graves à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et retard mental grave ou profond, alors que la personne atteinte de multiples handicaps ne présente pas de retard mental. Le défi, pour le psychologue mandaté à l'évaluation, est d'en faire la distinction et de ne pas conclure à un retard mental alors que le rendement aux différentes épreuves d'évaluation serait en fait affecté à la baisse par les multiples handicaps.

Voici quelques recommandations concernant l'évaluation de ces personnes¹² :

- Procéder d'abord à l'évaluation du comportement adaptatif, ce qui permet de mieux cerner les difficultés de la personne et de prévoir une adaptation des stratégies pour l'évaluation du fonctionnement intellectuel, s'il y a

12. Gosselin (1995), en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, a produit un document vidéo traitant de l'évaluation des personnes présentant une déficience intellectuelle profonde ou des handicaps multiples. Ce document peut être des plus utiles, notamment pour les psychologues qui n'ont jamais évalué cette clientèle.

lieu. Cette stratégie permet également d'établir les bases d'une bonne communication avec les parents de la personne évaluée.

- Avant d'utiliser un instrument de mesure, bien observer la personne et son mode de communication. Dans certaines situations (personnes souffrant de spasticité ou très handicapées physiquement), il est parfois nécessaire de convenir avec elles d'un mode de communication. Par exemple, il peut être utile de déterminer avec la personne quels signes seront utilisés pour exprimer « oui », « non » ou « je ne sais pas ». À défaut de pouvoir établir un mode de communication clair, il est préférable de s'adjoindre un coévaluateur, ce qui permet de valider les observations et l'interprétation du fonctionnement de la personne et de ses réponses.
- Si un test requiert des habiletés visuelles, auditives ou motrices spécifiques, s'assurer que la personne dispose des soutiens fonctionnels nécessaires, à défaut de quoi le psychologue doit effectuer les adaptations nécessaires et en faire mention dans son rapport.

ÉVALUATION D'UNE PERSONNE PRÉSENTANT UN RETARD MENTAL ET UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE¹³

Trouble de santé mentale : définition

La notion de trouble de santé mentale réfère au concept de maladie mentale et aux perturbations du fonctionnement qui en découlent. Une maladie mentale est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer de la souffrance. En 1996, Jecker-Parvex définissait la maladie mentale ainsi :

Troubles affectant la santé psychique et la personnalité d'un individu (sa vie psychoaffective et émotionnelle, son comportement social et ses capacités cognitives). Les maladies mentales sont caractérisées par des réactions émotionnelles non appropriées, de nature et d'intensité variées, par une distorsion de la compréhension ou de la communication et par un comportement social non approprié. Elles comprennent différents syndromes à des degrés de gravité divers (psychoses, dépressions, démences, états d'anxiété, troubles obsessionnels, etc.).

13. Texte inspiré de L'Abbé, Y., Morin, D. et Tassé, M. J. (1997). *Les troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental*. Montréal, Qc : Association scientifique pour la modification du comportement.

Les troubles de santé mentale sont classifiés dans des manuels diagnostiques tels le DSM-IV-TR et la CIM-10 qui sont les deux systèmes de classification les plus utilisés actuellement en Amérique du Nord¹⁴.

La CIM-10, dans son introduction, évoque la possibilité de problèmes qui seraient associés à l'utilisation de termes tel celui d'affection ou de maladie. Le choix du terme « trouble » renvoie alors à :

[...]

la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables, associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel. Selon la définition donnée ici, une conduite sociale déviante ou conflictuelle, non accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel, ne doit pas être considérée comme un trouble mental. (p. 4)

La définition du DSM-IV-TR recoupe celle de la CIM-10 :

[...]

chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance) ou à un handicap (p. ex., altérations d'un ou plusieurs domaines de fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Ni un comportement déviant (p. ex., politique, religieux ou sexuel) ni des conflits existant essentiellement entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré. (pp. XXXV-XXXVI)

14. Il existe aussi un outil spécifique à l'évaluation des troubles mentaux chez les adultes présentant un retard mental. Il s'agit du *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD)*, référence Royal College of Psychiatrists (2001).

Prévalence des troubles mentaux

Les statistiques révèlent qu'une personne sur cinq (20 %) dans la population générale consulte un professionnel de la santé mentale au cours de sa vie, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un psychiatre ou d'un psychologue (Cleghorn et Lee, 1991). Certains pensent à tort qu'une personne ayant un retard mental ne peut être atteinte d'un trouble de santé mentale (Reiss, Levitan et Szyszko, 1982; Reiss et Szyszko, 1983). La réalité est tout autre. La prévalence des troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental s'élève jusqu'à 40 % selon diverses études (Rojahn et Tassé, 1996). Parmi les troubles de santé mentale les plus fréquents chez les personnes présentant un retard mental se trouvent les troubles affectifs (ex. : la dépression) et les troubles anxieux (ex. : trouble panique, phobies, état de stress post-traumatique). Les personnes présentant un retard mental grave ou profond manifestent davantage de troubles importants du comportement, tandis que celles atteintes d'un retard mental léger ou moyen présentent plus de troubles de la personnalité (Reiss, 1994).

Causes

Les troubles de santé mentale peuvent découler d'une multitude de facteurs qui s'influencent entre eux, qu'ils soient biologiques, psychologiques, sociologiques ou environnementaux. Une analyse exhaustive de l'ensemble des causes possibles est nécessaire à l'élaboration d'un plan d'intervention qui soit adapté à la personne (L'Abbé et Morin, 1995; Morin, L'Abbé et Tardif, 2000). En effet, l'intervention différera selon que la ou les causes identifiées sont biologiques (neurochimique, génétique, organique), psychologiques (cognitive, affective) ou sociales et environnementales (relations interpersonnelles, environnement physique) (Nezu et Nezu, 1989).

Évaluation

L'évaluation du retard mental chez les personnes présentant des problèmes de santé mentale comporte des difficultés additionnelles en raison de l'interférence de symptômes reliés à l'état mental, notamment la présence de comportements problématiques ou atypiques. De surcroît, la présence de difficultés de communication chez une bonne partie de cette clientèle et la tendance à l'acquiescement peuvent compliquer encore davantage le processus diagnostique. Le recours à l'entrevue qualitative peut alors

constituer un moyen efficace de recueillir un ensemble de données pertinentes (Guillemette, F. et Boisvert, D., 2003). Griffiths (1989) fournit en outre des indicateurs soutenant l'hypothèse d'un trouble de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental :

- escalade et exagération inexplicables des comportements problématiques comparativement à ceux observés au niveau de base ;
- apparition subite et inattendue de comportements problématiques sans qu'il n'y ait d'antécédent connu ;
- changements des routines comportementales (sommeil, alimentation, hygiène) ;
- changements du niveau d'activité ;
- changements sur le plan de la sociabilité (contacts sociaux) ;
- désorganisation de la pensée ou du comportement ;
- perte des acquisitions ;
- comportements problématiques se produisant de façon cyclique.

Il existe différents inventaires et guides diagnostiques concernant l'évaluation des troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental (Aman, 1991; Aman, Tassé, Rojahn et Hammer, 1996; Fletcher *et al.* (sous presse); Hurley et Sovner, 1992; Tremblay, 1994). Toutefois, le diagnostic psychologique de trouble de santé mentale ne peut reposer que sur ces seuls inventaires de psychopathologie; par contre, ceux-ci peuvent servir au dépistage ou encore de balises à l'évaluation du retard mental, permettant de nuancer le diagnostic psychologique.

L'ÉVALUATION DU RETARD MENTAL CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Bien qu'il existe un certain consensus à l'effet qu'un grand nombre de personnes souffrant d'un TED présentent aussi un retard mental, il y a actuellement une controverse en ce qui concerne le taux de prévalence du retard mental au sein de cette population. Il n'y a pas si longtemps, il était admis que 75 % de ces personnes présentaient aussi un retard mental. Aujourd'hui, le taux de prévalence estimé est à la baisse :

Honda et coll. (1996) concluent qu'il y aurait 50 % de personnes autistiques sans retard mental. Chakrabarti et Fombonne (2001) indiquent quant à eux que seulement 25,8 % des enfants diagnostiqués TED présentaient aussi un retard mental. À noter que ces études ont été menées auprès de l'ensemble des personnes atteintes d'un TED, tous syndromes confondus, ce qui ne permet pas d'établir le taux de prévalence associé à chacun de ces syndromes.

Les recherches récentes (Motttron, 2004) tendent à démontrer qu'il convient d'être prudent dans le choix des tests servant à évaluer le niveau intellectuel des personnes présentant un TED et lors de l'interprétation des résultats. Comme il est courant d'obtenir des profils en dents de scie, une seule cote globale pourrait s'avérer trompeuse. L'analyse approfondie des différentes composantes du QI global est alors requise, principalement les composantes verbales et les composantes perceptuelles. À titre d'illustration de cette réalité, soulignons qu'une personne autistique de haut niveau, qui s'exprime verbalement, obtiendra des résultats plus élevés aux épreuves de performance perceptuelle qu'aux épreuves verbales, contrairement à ce qui pourrait être présumé. La personne ayant un syndrome d'Asperger présentera des résultats inverses, c'est-à-dire des résultats plus élevés dans les épreuves de type verbal comparativement à celles de type non verbal. Dans ces deux cas de figure, un seul QI global ne rendrait pas compte de la réalité et des problématiques sous-jacentes et pourrait mener à conclure faussement à un déficit sur le plan du fonctionnement intellectuel. En outre, l'utilisation d'une épreuve non verbale est conseillée comme test complémentaire au test de QI.

Il est important de tenir compte de certaines conditions lors de la passation des tests. Certaines caractéristiques du lieu même de l'évaluation (température, stimuli sonores, olfactifs, visuels) peuvent être sources de distraction et nuire au rendement. Il peut être nécessaire de prévoir des pauses fréquentes ou encore d'encadrer étroitement le déroulement de la rencontre.

Afin d'interpréter les résultats avec rigueur et justesse, le psychologue doit également tenir compte de certaines limites ou caractéristiques de la personne évaluée, soit :

- la capacité de comprendre les consignes et les demandes verbales ;
- le besoin plus ou moins grand de temps nécessaire à l'intégration de l'information verbale ;
- l'impact d'une hypersensibilité tactile sur la manipulation du matériel présenté ;
- l'impact relatif, à la hausse ou à la baisse, sur le score du QI des capacités cognitives réelles, des capacités de compréhension des consignes verbales et de l'intérêt pour les épreuves à réaliser.

Il doit également maîtriser la connaissance et la capacité de repérer les indices susceptibles de différencier un TED d'un retard mental, comme, par exemple, la présence de stéréotypies, l'intolérance à la frustration et au changement, l'indifférence au monde sonore, le trouble du contact visuel, les troubles de l'imitation et de l'attention.

Ces différentes situations illustrent bien les défis auxquels sont confrontés les psychologues lorsqu'ils doivent statuer sur la présence ou non de retard mental dans un contexte où le QI est l'un des critères déterminants pour la recommandation et l'accès à des approches, des interventions ou des services. Afin de mener à terme le mandat complexe qui lui est confié, il est souhaitable, au besoin, que le psychologue puisse également s'appuyer sur l'expertise d'autres professionnels qui gravitent autour de la personne à évaluer.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

La liste qui suit a pour objet d'aider le psychologue dans son obligation de développer et maintenir ses compétences en ce qui a trait à l'évaluation du retard mental. Toutefois, cette liste n'est pas exhaustive et elle nécessitera des mises à jour qui tiendront compte du fait qu'elle a été constituée en 2006-2007.

Aman, M. G. (1991). *Assessing psychopathology and behavior problems in persons with mental retardation : a review of available instruments*. Baltimore, MD : National Institute of Mental Health.

Aman, M. G., Tassé, M. J., Rajahn., J. & Hammer, D. (1996). *The Nisonger CBRF : a child behavior rating for developmental disabilities*, 17 (1), 41-57.

Association Américaine du Retard Mental. (2003). *Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien*. Éditions Behaviora inc. (Traduit de l'américain sous la direction de Diane Morin).

Association du Québec pour l'intégration sociale. (2004). « Qu'est-ce que la déficience intellectuelle? ». www.total.net/aqisidqdi/aqis/defint.html.

American Psychiatric Association – DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^e édition. Washington, DC : auteur.

American Psychiatric Association – DSM-IV (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition. Traduction française par J.-D. Guelfi et coll., Paris : Masson.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^e édition, text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC : Auteur.

American Psychiatric Association – DSM-IV-TR (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition. Traduction française par J.-D. Guelfi et coll., Paris : Masson.

American Psychological Association (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*. Traduction française sous la direction de G. Sarrazin, Montréal : Institut de recherches psychologiques.

Baroff, G. S. (1982) Predicting the prevalence of mental retardation in individual catchmen areas. *Mental Retardation*, 20 (3), 133-135.

Baird, G., McConachie, H. & Scrutton, D. (2000). Parents' perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 475-480.

Brogan, C. A., Knussen, C. (2003). The disclosure of a diagnosis of an autistic spectrum disorder : Determinants of satisfaction in a sample of Scottish parents. *The National Autistic Society*, 7 (1), 31-46.

Brooks-Gunn, Lewis, et coll. (1983). In J. M. Sattler, 2001: *Assessment of Children : Cognitive Applications*, 4^e édition. San Diego : Jerome Sattler.

Bruininks, R. H., Meyers, C. E., Sigford, B. B., & Lakin, K. C. (1981). *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people*. Washington, DC : American Association on Mental Deficiency.

Bruininks, R. H., Hill, B. K., Weatherman, R. F., & Woodcock, R. W. (1986). *ICAP : Inventory for Client and Agency Plannig*. Chicago : Riverside.

Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F., & Hill, B. K. (1996). *SIB-R Scales of Independent Behavior-Revised. Comprehensive Manual*. Chicago : The Riverside Publishing Company.

Caron, C. (1992). Les troubles psychopathologiques chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 2, 119-126.

Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities : A survey of factor-analysis studies*, New York : Cambridge University Press.

- Cattell, R. B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence : A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54, 1-22.
- Chakrabarti, S., Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *The Journal of the American Medical Association*, 285 (24), 3093-3099.
- CIM 10 / ICD 10. (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Organisation Mondiale de la Santé. Paris : Masson.
- Cleghorn, J. M., & Lee, B. L. (1991). *Les maladies mentales. Un survol des progrès accomplis par la psychiatrie contemporaine* (I. Delage, Trad.). Montréal, QC : Éditions Le Jour.
- Code de déontologie des psychologues, 2007.
- Cunningham, C. C., Morgan, P. & McGucken, R. B. (1984). Down's syndrome : Is dissatisfaction with disclosure inevitable? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26, 33-39.
- Das, J. P. Naglieri, J. A., & Kirby, J. R. (1994). *Assessment of cognitive processes : The PASS theory of intelligence*. Boston : Allyn et Bacon.
- Davidson, J. E., & Dowling, C. L. (2000). Contemporary models of intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.) : *Handbook of intelligence*, p. 34-49. Cambridge : Cambridge University Press.
- Desrosiers, H., Tassé, M., Mourez, J. P. (1998). *Guide professionnel pour l'évaluation et le diagnostic du retard mental*. Montréal : Bulletin de l'AQPS : Édition spéciale.
- Devault, A., & Fréchette, L. (novembre, 2002). *Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire*. (Cahier du Gêris : série recherches, n° 19) Québec : Université du Québec en Outaouais.
- Fédération québécoise des CRDI (2006). *Offre de service. Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement – 40 ans d'action*. Montréal : Auteur.
- Fletcher, R. J., Loschen, E., Stavrakaki, C. & First, M. (sous presse). *Diagnostic Manual Intellectual Disability (DM-ID) : A clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY : NADD Publisher.
- Flynn, J. R. (1984). The mean IQ of Americans : Massive gains 1932 to 1978. *Psychological Bulletin*, 95, 29-51.
- Flynn, J. R. (1987). Massive IQ gains in 14 nations : What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101, 171-191.
- Flynn, J. R. (1994). IQ gains over time. In R. J. Sternberg (Ed.) : *Encyclopedia of human intelligence*, p. 617-623. New York : Macmillan.
- Flynn, J. R. (1999). Searching for justice : the discovery of IQ gains over time. *American Psychologist*, 54, 5-20.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York : Basic Books.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligence : the theory in practice*. New York : Basic Books.
- Gardner, H. (1998). Are there additional intelligences? The case for naturalist, spiritual and existential intelligences. In J. Kane (Ed.) : *Education, information, and transformation*, p. 111-132. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Gladu, S., & Léger-Bourgoin, N. (2006). *Consommation de services chez les personnes présentant un TED et son impact sur l'organisation des services*. Colloque conjoint de la FQCRDI-TED et CRDI Montérégie-est : Plus que jamais... TED.
- Gosselin, A. (1995). *Scruter plus loin l'horizon* [Vidéocassette]. École Victor-Doré, CE CM. Montréal, QC : Maison de production Multivet Inc.
- Greenspan, S. (1996). There is more to intelligence than IQ. In D. S. Connery (Ed.) : *Convincing the innocent : The story of a murder, a false confession, and the struggle to free a « wrong man »*, p. 136-151. Cambridge, MA : Brookline Books.

- Greenspan, S. (1997). Dead manual walking? Why the 1992 AAMR definition needs redoing. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32, 179-190.
- Greenspan, S. I. (1997). *The growth of the mind : And the endangered origins of intelligence*. New York : Addison Westley.
- Greenspan, S. (1999a). A contextual perspective on adaptive behavior. In R. L. Schalock (Ed.) : *Adaptive behavior and its measurement : Implications for the field of mental retardation*, p. 61-80. Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Greenspan, S. (1999b). What is meant by mental retardation ? *International Review of Psychiatry*, 11, 6-18.
- Greenspan S., & Driscoll, J. (1997). The role of intelligence in a broad model of personal competence. In D. P. Flanagan, G. Genshaft, & P. L. Harrison (Ed.) : *Contemporary intellectual assessment : Theory, tests, and issues*, p. 131-150. New York : Guilford Press.
- Greenspan, S., Loughlin, G., & Black, R. S. (2001). Credulity and gullibility in people with developmental disorders : A Framework for future research. In L. M. Glidden (Ed.) : *International Review of Research in Mental Retardation*, 24, 101-133. New York : Academic Press.
- Greenspan, S., & Love, P. E. (1997). Social intelligence and developmental disorders : Mental retardation, learning disabilities, and autism. In W. E. MacLean, Jr. (Ed.) : *Elis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory, and Research*, p. 311-342. Mahwah, NJ. : Lawrence Erlbaum.
- Greenspan, S., Switzky, H. N., & Granfield, J. M. (1996). Everyday intelligence and adaptive behaviour : A theoretical framework. In J. W. Jacobson, et J. A. Mulick (Ed.) : *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*, p. 127-135. Boston : Addison-Wesley.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1987). The relationship between adaptive behavior and social skills : Issues in definition and assessment. *Journal of Special Education*, 21, 167-181.
- Griffiths, D. (1989). Quality assurance for behavior interventions. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8, 73-80.
- Grossman, H. J. (Ed.) (1983). *Classification in mental retardation* (Ed. rev.). Washington, DC : American Association on Mental Deficiency.
- Guillemette, F. & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives*, 23, 15-26.
- Harries, J., Guscia, R., Kirky, N., & Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (5), 393-404.
- Harrison, P. L. & Robinson, B. (1995). Best practices in the assessment of adaptive behavior. In A Thomas & J. Grimes (Ed.) : *Best practices in school psychology*, p. 753-762. Washington, DC : National Association of School Psychologists.
- Heber, R. (1959). A Manual on terminology and classification in mental retardation [monographie]. *American Journal of Mental Deficiency*, 64.
- Heber, R. (Ed.). (1961). *A manual on terminology and classification in mental retardation* (Ed. rev.). Washington, DC : American Association on Mental Deficiency.
- Hernstein, R. J., & Murray, C. (1994). *The bell curve : Intelligence and class structure in American life*. New York : Free Press.
- Honda, H., Shimizu, Y., Misumi, K., Niimi, M., & Ohashi, Y. (1996). Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 169 (2), 228-235.

- Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. *Journal of Educational Psychology*, 57, 253-270.
- Hurley, A. D., & Sovner, R. Inventaires permettant d'évaluer la psychopathologie chez les personnes déficientes intellectuelles. In ASMC (Ed.) : *Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles*. Recueil de différents textes (Trad. ASMC). Repentigny, QC : ASMC. Ouvrage original publié en anglais sous le titre « Inventories for evaluating psychopathology in developmentally disabled individuals ». *The Abilitative Mental Healthcare Newsletter*, II, (7-8), juillet-août 1992.
- Jacobson, J. W. & Mulick, J. A. (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Jecker-Parvex, M. (1996). *Retard mental. Contribution pour un lexique commenté*. Lucerne, Suisse : Édition SZH / SPC.
- Kamphaus, R. W. (1987). Critiques of school psychological materials, *Journal of School Psychology*, 25, 97-100.
- Kanaya, T., Ceci, S.J. & Scullin. M. H. (2003). The rise and fall of IQ in special education : Historical trends and their implications. *Journal of School Psychology*, 41, 453-465.
- Kaufman, A. S. (1994). *Practice effects*. In Robert J. Sternberg (Ed.) : *Encyclopedia of Human Intelligence*, 2, p. 828-833. New York : Macmillan Publishing Company.
- Kihlstrom, J. F., & Cantor, N. (2000). Social intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.) : *Handbook of intelligence*, p. 359-379. Cambridge : Cambridge University Press.
- L'Abbé, Y., & Morin, D. (1995). *L'analyse du comportement. Une approche évaluative multidimensionnelle*. Eastman, QC : Éditions Behaviora.
- L'Abbé, Y., Labine, R., Lemieux, N., & Lespinasse, J. (2004). *Prévention du retard mental : causes et conduites préventives à adopter (vol. 1)* Montréal : Éditions Sciences et culture.
- L'Abbé, Y., Labine, R., Lemieux, N., et Lespinasse, J. (2005). *Prévention du retard mental : enjeux cliniques, éthiques et sociaux (vol.2)* Montréal : Éditions Sciences et culture.
- Lamarche, C. (1987). *L'enfant inattendu : Comment accueillir un enfant handicapé et favoriser son intégration à la vie communautaire*. Saint-Laurent : les Éditions du Boréal Express.
- Lamoureux-Hébert, M., Aunos, M., Chartrand, C., Garcin, N., Girouard, N., Lachappelle, Y. et coll. (2004). *Groupe de travail-traduction et adaptation culturelle du Supports Intensity Scale*. Document inédit, Université du Québec à Montréal.
- Lamoureux-Hébert, M., & Morin, D. (2005). *Traduction et adaptation culturelle du Supports Intensity Scale*. Manuscrit en préparation.
- Larivée, S. (1998). Le modèle de Gardner. L'intelligence au pluriel : une approche singulière. *Revue québécoise de psychoéducation*, 27 (1), 1-29.
- Lingam, S. & Newton, R. (1996). *Right from the start : The way parents are told that their child has a disability. Paediatric practice guidelines*. London : British Paediatric Association.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et coll. (2002). *Mental retardation : Definition, classification, and systems of supports (10^e éd.)* Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Bothwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et coll. (2003). *Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien (10^e éd.)* Eastman, Québec : Éditions Behaviora. (Traduction sous la dir. de Diane Morin de l'ouvrage original publié en 2002).
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S. A., Schalock, R. L., Snell, M. E., et coll. (1992). *Mental retardation : Definition, classification, and systems of support (9^e éd.)*. Washington, DC : American Association on Mental retardation.

Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S. A., Schallock, R. L., Snell, M. E., et coll. (1994). *Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien (9^e édition)* Washington, DC : American Association on Mental Retardation (Traduction sous la dir. de Paul Maurice de l'ouvrage original publié en 1992).

Lussier, F., & Flessas J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant, troubles développementaux et de l'apprentissage*. Dunod : Paris.

Manni, J. L., Winikur, D. W., & Keller, M. R. (1984). *Intelligence, mental retardation, and the culturally different child*. Springfield : Charles C. Thomas Publ.

Maurice, P., & Piédalue, M. (2003). L'évaluation et la mesure du comportement adaptatif. In M.- J. Tassé & D. Morin (Ed.) : *La déficience intellectuelle*, p. 55-67. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.

McCall, R. B. (1979). The development of intellectual functioning in infancy and the prediction of later IQ. In J. D. Osofsky (Ed.) : *Handbook of infant development*, p. 707-741. New York : John Wiley.

McCall, R. B. (1982). Issues in the early development of intelligence and its assessment. In M. Lewis et L. Taft (Ed.) : *Developmental disabilities : Theory, assessment, and intervention*. New York : SP Medical and Scientific Books.

McLaren, J., & Bryson, S. E. (1987). Review of recent epidemiological studies of mental retardation : Prevalence, associated disorders, and etiology. *American Journal on Mental Retardation*, 92, 243-254.

Mcmann, G. M., & Barnett, D. W. (1999). Diagnostic decision making in school psychology : understanding and coping with uncertainty. In Reynolds, C. R. & Gutkin, T. B. (Ed) : *Handbook of school psychology third edition*, p. 519-548. New York : John Wiley.

Mercer, J. R. (1973). The myth of 3 % prevalence [monographie]. *American Association on Mental Deficiency*, 1-18.

Mercer, J. R. (1992). The impact of changing paradigm of disability on mental retardation in the year 2000. In L. Rowitz (Ed.) : *Mental retardation in the year 2000*, p. 15-38. New York : Springer-Verlag.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les Centres de santé et de services sociaux et les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle*, Québec, Mars 2006, 44 p.

Morin, D., L'Abbé, Y. & Tardif, A. (2000). *Grille d'analyse d'un comportement agressif / perturbateur*, Eastman : Behaviora.

Mottron, L. (2004). *L'autisme : une autre intelligence*. Mardaga : Belgique.

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1989). *Clinical decision making in behavior therapy : A problem solving perspective*. Champaign, IL : Research Press.

Quine, L. & Pahl, J. (1986). First diagnosis of severe mental handicap : characteristics of unsatisfactory encounters between doctors and parents, *Social Science and Medicine*, 22, 53-62.

Reiss, S. (1988). Interoceptive theory of fear of anxiety. *Behavior Therapy*, 19, 84-85.

Reiss, S. (1994). Issues in defining mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 99 (1), 1-7.

Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation : Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.

Reiss, S., & Valenti-Hein, D. (1994). Development of a psychopathology rating scale for children with mental retardation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 62 (1), 28-33.

Reiss, S., & Szyszko, J. (1983). Diagnostic overshadowing and professional experience with retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 296-402.

- Reschly, D. J. (1987). Learning characteristics of mildly handicapped students : implications for classification, placement, and programming. In W. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Ed) : *The handbook of special education research and practice*, p. 35-58. Oxford, England : Pergamon Press.
- Reschly, D. J. & Grimes, J. P. (2002). Best practices in intellectual assessment. In Thomas, A. & Grimes, J. (Ed). *Best practices in school psychology, IV (1-2)*, p. 1337-1351. Bethesda, MD : National Association of School Psychologists.
- Reynolds, C. R., & Gutkin, T. B. (1999). *Handbook of school psychology — third edition*. New York : John Wiley.
- Reynolds, C. R., Lowe, P. A., & Saenz, A. L. (1999). The problems of bias in psychological assessment. In Reynolds, C. R., & Gutkin, T. B. (Ed) : *Handbook of school psychology third edition*, p. 549-595. New York : John Wiley.
- Roid G., & Miller, L. (1997). Leiter international performance scale-revised. Wood Dale, IL : Stoelting Co.
- Rojahn, J., & Tassé, M. J. (1996). Psychopathology in mental retardation. In Jacobson, J. W., & Mulick, J. A. (Eds.) : *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*, p. 147-156. Washington, DC : American Psychological Association.
- Sattler, J. M. (1998). *Assessment of children's intelligence and special abilities (3^e Éd.)* San Diego : Auteur.
- Sattler, J. M. (2001). *Assessment of children : Cognitive Applications (4^e Éd.)*. San Diego : Auteur.
- Schallock, R. L., & Luckasson, R. (2005). *Clinical judgment*. Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Scheerenberger, R. (1983). A history of mental retardation. Baltimore : Paul H. Brookes.
- Scullin, M. H. (2006). Large state-level fluctuations in mental retardation classifications related to introduction of renormed intelligence test. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 322-335.
- Shevell, M., Ashmal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D. et coll. (2003). Practice parameter : evaluation of the child with global developmental delay : report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the practice committee of the child neurology society. *Neurology*, 60 (3), 367-380.
- Spearman, C. (1927). *The abilities of man : Their nature and measurements*. New York : McMillan.
- Spreat, S., Roszkowsky, M., & Isett, R. (1985). Adaptive behavior. In S. Breuning, J. Matson & R. Barrett (Ed.). *Advances in mental retardation and developmental disabilities*, 1. Greenwich, CT : JAI Press.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triarchic mind : A new theory of human intelligence*. New York : Penguin.
- Sternberg, R. J., Wagner, R. K., Williams, W. M., & Horvath, J. A. (1995). Testing common sense. *American Psychologist*, 50 (11), 912-927.
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003). *La déficience intellectuelle*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.
- Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell E. M., Craig, E. M., Hughes, C., Schallock, R. L., et coll. (2004). *Supports intensity scale. Users manual*. Washington, DC : American Association of Mental Retardation.
- Thompson, J. R., McGrew, K. S., & Bruininks, R. H. (1999). Adaptive and maladaptive behaviour : Functional and structural characteristics. In R. L. Schallock (Ed.) : *Adaptive behavior and its measurement : implications for the field of mental retardation*, p. 15-42. Washington, DC : American Association on Mental Retardation.

- Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., Tassé, M.-J., Bryant, B. *et coll.* (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40, 390-405.
- Thorndike, R., Hagen, E., & Sattler, J. (1986). *Technical manual for Stanford-Binet intelligence scale* (4^e Éd). Chicago : Riverside.
- Thulsky, D. & Zhu, J. (1997). *WAIS-III / WMS-III. Technical manual*. San Antonio : Psychological Corporation.
- Tremblay, G. (1994). Les outils d'évaluation facilitant l'identification des problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec une déficience intellectuelle. *Science et comportement*, 23, 175-188.
- Wicherts, J. M. *et coll.* (2004). Are intelligence tests measurement invariant over time? Investigating the nature of the Flynn effect. *Intelligence*, 32, 509-537.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler adult intelligence scale – Third Edition : Administration and scoring manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation, Harcourt Brace.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler intelligence scale for children – Third Edition*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation, Harcourt Brace.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children – Fourth Edition*. San Antonio, TX : Harcourt Assessment Inc.
- Wechsler, D. (2004). *Wechsler intelligence scale for children – Fourth Edition : Canadian Manual*. Toronto, Ont., Canada : Psychological Corporation.
- Wechsler, D., Kaplan, E., Fein, D., Kramer, J., Morris, R., Delis, D., *et coll.* (2004). *Wechsler intelligence scale for children – Fourth Edition-Integrated*. San Antonio, TX : Harcourt Assessment Inc.
- Widaman, K. F., & McGrew, K. S. (1996). The structure of maladaptive behavior. In J. W. Jacobson, & J. A. Mulick (Ed.) : *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*, p. 97-110. Washington, DC : American Psychological Association.
- Zelazo, P. R. (1988). An information processing paradigm for infant-toddler mental assessment. In Peter M. Vietze & Herbert G. Vaughan, Jr. (Éd.) : *Early identification of infants with developmental disabilities*. Montreal : Grune & Stratton.
- Zelazo, P. R. (1997). Infant-toddler information processing assessment for children with pervasive developmental disorder and autism : Part I. *Infants and Young Children*, 10 (11), 1-14.
- Zigler, E., & Trickett, P. K. (1978). IQ, social competence and evaluation of early childhood early intervention programs. *American Psychologist*, 33 (9), 789-798.
- Zucman, E., & Spinger, J. (1985). *Les enfants atteints de handicaps associés : les multihandicapés*. Vanves : CTNERHI, Flash information, numéro hors série, P.U.F.

Lignes directrices



Ordre
des psychologues
du Québec