

ROBERT VOYAZOPOULOS
NATHALIE TOUIL
AURORE CURIE

Tests et

diagnostics

ÉVALUER LE TROUBLE DU
**DÉVELOPPEMENT
INTELLECTUEL**
CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

WISC-V, SON-R,
WPPSI-IV, NEMI-3,
Bayley-4, Vineland-II,
BRIEF-2...

- Tous les outils d'évaluation probants
- Fondements et pratiques
- Diagnostic différentiel

Préface de **Vincent Des Portes**

+ EN LIGNE



- Vignettes cliniques bonus
- Bibliographie et ressources complémentaires

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

ROBERT VOYAZOPOULOS
NATHALIE TOUIL
AURORE CURIE

Tests et
diagnostics

ÉVALUER LE TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2026

Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteurs, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation. Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité de l'éditeur n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : août 2026

Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2026/13647/026

ISBN : 978-2-8073-6462-2

Sommaire

Compléments numériques.....	5
Liste des acronymes	7
Le mot du directeur de collection	13
Préface.....	15

Partie I Fondements théoriques et concepts

Chapitre 1. Les concepts d'intelligence et de trouble du développement intellectuel.....	19
Chapitre 2. Terminologie, nosologie, critères diagnostiques, degrés de sévérité et épidémiologie	35
Chapitre 3. Les trajectoires développementales dans le TDI.....	43
Chapitre 4. Diagnostic étiologique du TDI	57
Chapitre 5. Repérages et démarches diagnostiques.....	85
Chapitre 6. La clinique du diagnostic différentiel du TDI (et diagnostics associés)	135
Chapitre 7. Rendre compte de l'évaluation clinique et diagnostique ..	165
Chapitre 8. Enjeux de la reconnaissance de la situation de handicap.....	183
Chapitre 9. Réponses thérapeutiques et médicales, accompagnements et interventions	201

Partie II

Les outils de l'évaluation multidimensionnelle

Chapitre 10. Échelles d'intelligence.....	225
Chapitre 11. Les échelles de développement.....	265
Chapitre 12. Les échelles d'évaluation du comportement adaptatif....	281
Chapitre 13. Les fonctions cognitives spécifiques.....	295
Chapitre 14. Les échelles sensori-motrices et de coordination motrice.....	327
Chapitre 15. Échelles de repérage et de diagnostic dans le TSA.....	345
Chapitre 16. Les questionnaires d'évaluation comportementale et psychoaffective.....	371
Chapitre 17. Les échelles de douleur et qualité de vie.....	381
Conclusion de la partie II.....	391

Partie III

Vignettes cliniques

Chapitre 18. Liam, 2 ans à 5 ans.....	397
Chapitre 19. Alexandre, 4 ans et 2 mois.....	415
Chapitre 20. Fanny, 4 ans ½ à 11 ans ½.....	423
Chapitre 21. Morjane, 10 ans 10 mois.....	439
Table des matières.....	459

Compléments numériques

Cet ouvrage s'accompagne de ressources numériques complémentaires, accessibles sur le site de l'éditeur.

Vous y trouverez :

- Des vignettes cliniques bonus ;
- La bibliographie complète ;
- Une sélection de références spécifiques à chaque outil d'évaluation.

Pour y accéder, rendez-vous à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/364622

Liste des acronymes

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ACPA	Analyse Chromosomique sur Puce à ADN
AD	Âge de Développement
ADAMS	Échelle d'anxiété, de dépression et d'humeur (<i>Anxiety, Depression And Mood Scale</i>)
ADI-R	Entretien pour le Diagnostic de l'Autisme (<i>Autism Diagnostic Interview, Revised</i>)
ADOS-2	Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme, 2 ^e éd. (<i>Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd ed.</i>)
AEEH	Allocation d'Éducation Enfant Handicapé
AESH	Accompagnement d'Élève en Situation de Handicap
ALD	Affection de Longue Durée
AMSE	Outil de repérage et d'aide au diagnostic de l'autisme (<i>Autism Mental Status Examination</i>)
APA	American Psychiatric Association
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF	Association des Paralysés de France - Association France-Handicap
APM	Tests d'évaluation des aptitudes intellectuelles de Raven (<i>Raven's Advanced Progressive Matrices</i>)
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
BASC- 3	Système d'évaluation du comportement de l'enfant, 3 ^e éd. (<i>Behavior Assessment System for Children, 3rd ed.</i>)
Bayley-4	<i>Bayley Scales of Infant and toddler Development, 4th ed.</i>
BLR	Échelle de développement psychomoteur de la première enfance de Brunet-Lézine - version révisée
BPS	Modèle biopsychosocial

BRIEF	Inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives (<i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i>)
Brown EF/A	Échelles Brown Attention/Fonctions Exécutives
CAA	Communication Alternative Augmentée ou Communication Alternative et Améliorée
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CBI	<i>Caregiver Burden Inventory</i>
CDPH	Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées
CELF-5	<i>Clinical Evaluation of Language Fundamentals, 5th ed.</i>
CHC	Modèle Cattell-Horn-Carroll
CIF-EA	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé – Enfant et Adolescent
CIH	Comité Interministériel du Handicap
CIM-11	Classification Internationale des Maladies, 11 ^e éd.
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre Médico-psycho-pédagogiques
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPK	Créatine Phosphokinase
CPM	Test des Matrices Progressives Couleurs de Raven (<i>Raven's Coloured Progressive Matrices</i>)
CPMS ou PMS	Centres Psycho-Médico-Sociaux (Belgique)
CRA	Centre Ressources Autisme
CRR	Comportements Restreints et Répétitifs
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DABS	<i>Diagnostic Adaptive Behavior Scale</i>
DI	Déficiência Intellectuelle
DITEP	Dispositif intégré en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
DM-ID	Diagnostic Manual Intellectual Disability
DS	Déviati on standard
DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5 ^e éd. (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DTC	Déficit du Transporteur de Créatine
EE-SWAS	Encéphalopathie Epileptique avec Activation des Pointes d'Ondes dans le Sommeil (<i>Epileptic Encephalopathy with Spike-Wave Activation in Sleep</i>)

EGCP-II-R	Échelle d'Évaluation globale de la Gravité des Comportements Problématiques II, version révisée
EPIPAGE	Étude Épidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels
EPP	Entretien Périnatal Précoce
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
Facteur g	Facteur général d'intelligence
FEE	Batterie d'évaluation des Fonctions Exécutives de l'Enfant
FISH	Hybridation <i>In Situ</i> en Fluorescence
GED-DI	Grille d'Évaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle
GEVA	Guide d'Évaluation des Besoins de Compensation
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPI	Haut Potentiel intellectuel
HTA	Hypertension Artérielle
IAG	Indice d'Aptitude Générale
ICC	Indice de Compétence Cognitive
ICV	Indice de Compréhension Verbale
IDE	Inventaire du Développement de l'Enfant
IDE-DG	IDE-Développement Général
IEC	Indice d'Efficiency Cognitive
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IME	Institut Médico-Éducatif
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IMT	Indice de Mémoire de Travail
IMTA	Indice de Mémoire de Travail Auditive
INV	Indice Non-Verbal
IPC	Indice des Processus Cristallisés
IPF	Indice des Processus Fluides
IRF	Indice de Raisonnement Fluide
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IRQ	Indice de Raisonnement Quantitatif
IRT	Théorie de Réponse à l'Item (<i>Item Response Theory</i>)
IVS	Indice Visuo-Spatial
IVT	Indice de Vitesse de Traitement
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
Leiter-3	<i>Leiter International Performance Scale, 3rd ed.</i>

MABC-3	Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant, 3 ^e éd. (<i>Movement Assessment Battery for Children</i>)
M-CHAT-R/F	Questionnaire de dépistage précoce des TSA destiné aux jeunes enfants (<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up</i>)
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NEMI-3	Nouvelle Échelle Métrique de l'Intelligence, 3 ^e version
NET	Note d'Échelle Totale
NP-MOT	Batterie d'Évaluations des Fonctions Neuro-Psychomotrices de l'enfant
NS	Note standard
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PAP	Plan d'Accompagnement Personnalisé
PAS	Pôle d'Appui à la Scolarité
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PCO	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PCR	Réaction en Chaîne par Polymérase
PDD-MRS	Échelle d'évaluation du TSA chez les personnes avec déficience intellectuelle (<i>Pervasive Development Disorder in Mentally Retarded Scale</i>)
PECS	<i>Programme Picture Exchange Communication System</i>
PedsQL	<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	Protocole National de Diagnostic et de Soins
PPH	Processus de Production du Handicap ou MDH-PPH2 Modèle du Processus de Production du Handicap, 2 ^e version
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
QI / QIT	Quotient Intellectuel / Quotient Intellectuel Total
RASED	Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RGD	Retard Global de Développement
RIPPH	Réseau International sur le Processus de Production de Handicap
SAE	Services d'Accompagnement Éducatif
SASPE	Services d'Accompagnement Spécialisés Petite Enfance
SCQ	Questionnaire de Communication Sociale pour le dépistage du TSA (<i>Social Communication Questionnaire</i>)
SEGPA	Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SNAP-IV	Échelle d'évaluation du Trouble Déficit de l'Attention (<i>Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale, 4th ed.</i>)
SON-R	<i>Snijders-Oomen Non-verbal Intelligence Test</i>
SP-2	Profil sensoriel 2 (<i>Sensory Profile, 2nd ed.</i>)
SPM	Test des Matrices Progressives Standard de Raven (<i>Raven's Standard Progressive Matrices</i>)
SPW	Syndrome de Prader-Willi
SSEFIS	Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
STAT	Sternberg Triarchic Abilities Test
SWB	Syndrome de Williams et Beuren
SXF	Syndrome de l'X Fragile
TDAH	Trouble Déficit de l'Attention avec (ou sans) Hyperactivité
TDC	Trouble Développementale de la Coordination
TDI	Trouble du Développement Intellectuel
TDL	Trouble du Langage
TEACCH	Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés (<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children</i>)
TND	Trouble du Neurodéveloppement
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UDN-2	Utilisation Du Nombre, 2 ^e éd.
VABS	Échelles de comportement adaptatif de Vineland (<i>Vineland Adaptive Behavior Scales</i>)
WAIS	Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes, 4 ^e éd. (<i>Wechsler Adult Intelligence Scale, 4th ed.</i>)
WCST	Test de classement de cartes du Wisconsin
WES	<i>Whole Exome Sequencing</i>
WGS	<i>Whole Genome Sequencing</i>
WISC-V	Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents, 5 ^e éd. (<i>Wechsler Intelligence Scale for Children, 5th ed.</i>)
WNV	Échelle d'intelligence non Verbale de Wechsler (<i>Wechsler Non Verbal Scale</i>)
WPPSI-IV	Échelle d'intelligence de Wechsler pour les enfants, 4 ^e éd. (<i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 4th ed.</i>)

Le mot du directeur de collection

En psychologie clinique, l'étape du diagnostic est fondamentale pour pouvoir identifier clairement les troubles et proposer les soins les plus appropriés à chaque patient. Dans le cadre de l'examen diagnostique, les outils comme les tests et les questionnaires occupent une place importante, car ils permettent de récolter des informations fiables et valides qui aident le clinicien à comprendre le fonctionnement et les troubles de la personne examinée. Encore faut-il disposer des instruments les plus appropriés, les utiliser à bon escient et interpréter leurs résultats de manière correcte. L'ambition de la collection « Tests et diagnostics » est de présenter aux praticiens les meilleurs outils actuellement disponibles pour le diagnostic de troubles psychologiques spécifiques. Leurs fondements théoriques et leurs propriétés métriques sont analysés. Les principes de leur utilisation et de l'interprétation de leurs scores sont détaillés. Les suites de l'examen sont également abordées : comment communiquer les résultats au patient ? Quelles propositions d'aide formuler sur la base de ceux-ci ?

Ces dernières années, de nombreux ouvrages ont paru sur l'identification et l'accompagnement des personnes à haut potentiel intellectuel. À l'autre extrémité de la distribution des QI, les personnes présentant un trouble du développement intellectuel ont, quant à elles, retenu nettement moins l'attention des médias et ont fait l'objet de publications beaucoup moins nombreuses. Pourtant, ces personnes représentent environ 2 % de la population française, c'est-à-dire plus d'un million deux cent mille individus. Ceux-ci demandent des soins appropriés et un accompagnement depuis la petite enfance et tout au long de leur existence. Le diagnostic précoce du trouble du développement intellectuel est dès lors crucial. Il ne peut se limiter à un simple étiquetage, mais doit permettre une compréhension du fonctionnement et des besoins spécifiques à chaque personne. Si, en première approche, ce trouble se caractérise par des capacités intellectuelles très inférieures à la moyenne, objectivées à l'aide d'un test standardisé, il a aussi un impact majeur sur les fonctions adaptatives, ce qui se manifeste par une autonomie réduite, un déficit des capacités de communication et une limitation de la participation à la vie sociale. Les causes possibles du trouble du développement intellectuel étant nombreuses (génétiques, périnatales, psychosociales...), les tableaux cliniques sont très variés, ce qui complique l'examen diagnostique.

Face à la complexité du diagnostic du trouble du développement intellectuel, très peu d'ouvrages de référence sont disponibles en langue française pour éclairer les cliniciens. L'ouvrage de Robert Voyazopoulos, Nathalie Touil et Aurore Curie vient combler ce vide. Par sa rigueur scientifique et sa précision clinique, il constitue une contribution majeure au diagnostic du trouble du développement intellectuel. Partant d'un état des lieux des connaissances scientifiques de ce trouble les plus récentes, les auteurs proposent une approche multidimensionnelle de son évaluation. Les meilleurs outils disponibles en langue française sont présentés et leur utilisation est illustrée par plusieurs études de cas approfondies. Ces outils permettent un examen détaillé des différentes facettes du fonctionnement intellectuel, des capacités adaptatives, des aptitudes psychomotrices et des compétences émotionnelles des enfants présentant un trouble du développement intellectuel. Sur cette base, un plan de soin et un programme éducatif pertinent peuvent être élaborés.

Cet livre, qui allie l'excellence scientifique et clinique, apportera une aide précieuse aux praticiens, au bénéfice des enfants présentant un trouble du développement intellectuel et de leur famille.

Jacques GRÉGOIRE

Préface

« Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend... Si je n'y arrive pas, je ne puis aider l'autre. » Sören KIERKEGAARD

Est-il imaginable d'accompagner une personne qu'on ne connaît pas ? La réponse semble évidente. Pourtant, connaître le fonctionnement cognitif des enfants et adultes présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) ne va pas de soi et reste aujourd'hui un défi.

Dix ans après l'Expertise collective de l'INSERM sur la déficience intellectuelle publiée en 2016, qui a réuni des experts français, suisses, belges et hollandais, le TDI est encore trop souvent un diagnostic « en creux », le verdict sévère d'un trouble considéré comme incurable, contrairement à d'autres diagnostics tels que l'autisme, réputé avoir une trajectoire développementale plus sensible aux progrès et sésame ouvrant la porte de dispositifs dont sont exclus les personnes avec TDI sans TSA ayant les mêmes besoins de soutien.

Pourtant, dans le sillage de l'Expertise de l'INSERM, des États Généraux de la Déficience Intellectuelle se sont tenus à la Maison de l'UNESCO en 2018, suivis de recommandations spécifiques par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022 puis en 2025, avec l'objectif de « Promouvoir l'autodétermination et la participation des personnes présentant un TDI ». Ces recommandations s'adressent aux professionnels des établissements et services médico-sociaux et aux proches qui accompagnent les personnes présentant un TDI, quels que soient leur âge et leur lieu de vie, pour prendre en compte leurs besoins et leurs préférences, les replacer au centre de toutes les décisions et soutenir ainsi leur autodétermination, à l'école, au travail, dans les loisirs et leur vie quotidienne.

Cependant, cet objectif louable de valorisation des personnes présentant un TDI ne peut pas être atteint sans se donner les moyens de mieux connaître leur fonctionnement – forces et fragilités – en utilisant des outils adaptés de diagnostic et d'évaluation des différentes dimensions cognitive, affective, sensorielle, sociale, etc.

C'est dans ce but, qu'Aurore Curie et Nathalie Touil ont coordonné l'élaboration d'un « Guide de l'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle dans la déficience intellectuelle » publié en 2021, désormais disponible en ligne. Par ailleurs, de longue date Robert Voyazopoulos enseigne et publie avec d'autres auteurs, des ouvrages pédagogiques pour former les psychologues à la clinique de l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent.

L'ouvrage collectif *Évaluer le trouble du développement intellectuel chez l'enfant et l'adolescent* est donc le fruit d'une rencontre entre trois cliniciens expérimentés soucieux de promouvoir une évaluation fine des personnes ayant un TDI.

Il comprend 3 grandes parties. La première pose les bases historiques et conceptuelles, rappelle les classifications diagnostiques, propose une approche clinique et une démarche d'évaluation fonctionnelle du développement cognitif et des troubles associés. La deuxième partie recense les principaux outils de l'évaluation multidimensionnelle utiles dans la pratique clinique, leur intérêt et leurs limites. Enfin, l'ouvrage s'achève par des illustrations cliniques et des études de cas issues de l'expérience des auteurs.

En France, un million de personnes présentent un TDI. Espérons que cet ouvrage contribue à améliorer leur qualité de vie par une meilleure prise en compte de leurs aspirations, de leurs compétences préservées sur lesquelles s'appuyer, de leurs fragilités et de leurs besoins de soutien pour devenir acteurs de leur propre vie.

Mieux les connaître, c'est aussi changer notre regard sur leur place singulière dans notre société et sur ce qu'ils ont à nous enseigner : chacun de nous se construit et s'épanouit dans une interdépendance relationnelle, fondement de notre humanité commune.

Vincent DES PORTES

Neuropédiatre, Hospice Civils de Lyon,
professeur de pédiatrie, Université Lyon1,
coordonnateur national de la filière de santé DéfiScience
« Maladies rares du neurodéveloppement »

Partie I

Fondements théoriques et concepts

CHAPITRE

1

Les concepts d'intelligence et de trouble du développement intellectuel

Robert Voyazopoulos

1. L'intelligence et sa mesure

Commencer par un rappel ou une présentation de la notion d'intelligence s'impose quand il s'agit de composer un ouvrage sur l'évaluation des troubles de son développement. Mais écrire en quelques pages de synthèse ce que l'on sait aujourd'hui sur l'intelligence humaine et ses avatars s'avère bien compliqué. En effet, l'intelligence – les intelligences ? – est une notion complexe et multidimensionnelle qui nous interroge et nous fascine à la fois. Depuis des siècles, philosophes, scientifiques, médecins et éducateurs y ont consacré de nombreuses études.

De nombreuses publications la définissent comme la capacité à comprendre, à apprendre, à raisonner, à s'adapter à de nouvelles situations et à résoudre des problèmes, mais désigne-t-elle cette seule capacité ?

Ce dont on convient généralement, c'est qu'elle est loin de se limiter à une seule dimension ou qualité et qu'elle englobe des aspects variés tels que la logique, la créativité, l'intuition, ou encore les compétences sociales et émotionnelles. Aujourd'hui, les avancées en neurosciences permettent d'approfondir la compréhension des mécanismes cérébraux sous-jacents à l'intelligence, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives, notamment dans l'étude des handicaps intellectuels et dans le développement de traitements adaptés.

La notion d'intelligence se situe ainsi au carrefour de disciplines diverses, et son exploration scientifique demeure essentielle pour appréhender la richesse et la diversité des capacités mentales humaines.

1.1. Origine du concept d'intelligence

Un rapide rappel historique du concept d'intelligence nous permet de mieux saisir, de contextualiser les notions contemporaines et d'introduire l'intérêt relativement récent (à l'échelle de la civilisation) pour la faiblesse ou l'absence d'intelligence générale ou spécifique exprimées par certaines personnes.

Dans la Grèce ancienne, Platon aborde l'intelligence sous l'angle philosophique de la raison en distinguant le monde du sensible et celui des idées. Son disciple Aristote introduit l'intellect comme faculté de comprendre les principes

premiers : capacité à raisonner et à rendre possible la connaissance vraie, dès lors inséparable de l'expérience et orientée vers le bien.

Au Moyen Âge, elle est considérée comme un don divin, intégrée à une vision théologique. Thomas d'Aquin reprend la conception d'Aristote avec l'idée d'une partie de l'âme qui actualise la connaissance. Il introduit une hiérarchisation entre intelligence divine, intelligence humaine et intelligence animale.

Précédant les philosophes et scientifiques du siècle des Lumières, Descartes voit dans la rationalité le fondement de l'intelligence humaine : intelligence et raison y sont synonymes, et l'âme pensante dominera toujours la machine.

Hume et Rousseau (et Locke avant eux) insistent sur le caractère empirique de la pensée qui n'est pas seulement rationnelle : la connaissance vient de l'expérience, et l'esprit scientifique est à la source du développement intellectuel.

En ce sens, ils annoncent la naissance de la psychologie scientifique du XIX^e siècle avec le principe que, comme toute manifestation, il est possible de l'objectiver et de la mesurer. C'est à Francis Galton (scientifique anglais « touche-à-tout ») que l'on doit d'introduire l'idée de « mesurer les âmes comme on mesure les corps » et d'étudier les différences intellectuelles entre les individus, développant ensuite des positions eugénistes aujourd'hui intolérables.



Outils et ressources

Des références essentielles pour comprendre les concepts, l'histoire et la mesure de l'intelligence :

- **Un panorama du concept d'intelligence** : Houdé, O. (2021). *L'intelligence*. Paris : PUF.
- **L'intelligence chez l'enfant** : Lécuyer, R. & Fournier, M. (dir.) (2009). *L'intelligence de l'enfant*. Auxerre : Éditions Sciences Humaines.
- **Un des textes fondateurs de la mesure de l'intelligence** : Binet, A., & Simon, Th. (1904). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année psychologique*, 11, 191-244.
- **L'évaluation de l'intelligence et ses mesures** : Grégoire, J. (2023). *Évaluer l'intelligence*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- **Les limites de la mesure de l'intelligence** : Jay-Gould, S. (1997). *La mal-mesure de l'homme : l'intelligence sous la toise des savants*. Paris : Odile Jacob.

1. 2. La mesure de l'intelligence

On doit à Alfred Binet (et son collègue Théodore Simon) la création du premier test d'intelligence pour identifier les enfants en difficulté scolaire et l'introduction de la notion d'âge d'intelligence. Une de leurs publications majeures s'intitule *Méthodes nouvelles pour diagnostiquer l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale*,

dont le titre nous éclaire déjà sur les questionnements scientifiques portés par les premiers psychologues. La demande sociale concerne alors la volonté de repérer les enfants qui sont incapables de suivre une scolarité devenue obligatoire en ce début du xx^e siècle, écoliers identifiés comme les « anormaux d'école ». La question du niveau d'intelligence et de son développement chez les enfants devient une préoccupation centrale pour la société et les pouvoirs publics, alors que le concept même d'intelligence reste imprécis et peu consensuel dans la communauté scientifique émergente de l'époque.

L'échelle métrique de l'intelligence de Binet et Simon ouvre un nouvel espace de recherches (adaptation et édition en 1916 par Lewis Terman aux USA du test Stanford-Binet) et témoigne de l'essor disciplinaire de la psychométrie, investie par les mathématiciens et statisticiens qui y apportent leurs méthodes et leurs modèles. William Stern (1911) introduit le premier indice global de mesure de l'intelligence avec le quotient intellectuel désigné par le trop fameux QI (rapport de l'âge mental sur l'âge réel). Quant à Charles Spearman, psychologue et chercheur en analyse factorielle appliquée aux sciences humaines, il introduit le concept de facteur g (intelligence générale) qui connaît un développement international. La voie est ouverte pour la conception de diverses approches de l'intelligence et de sa mesure, dont le modèle multifactoriel de Louis L. Thurstone avec les *Primary Mental Abilities* (1938) qu'on peut résumer par la combinaison d'aptitudes spécifiques indépendantes les unes des autres, écartant l'existence d'un facteur général.

La psychométrie, avec ses fondements et ses qualités mathématiques, les modèles statistiques et les lois de probabilités sur lesquels elle s'appuie, apporte de la rigueur et de la précision aux mesures des fonctions et manifestations psychologiques dont bénéficient par ailleurs l'ensemble des sciences humaines. Ce sont ces appuis et cautions quasi scientifiques qui permettent à David Wechsler la reconnaissance de ses travaux menés à New York¹ et l'adoption, dans de nombreux pays, de son modèle de mesure de l'intelligence en proposant un calcul de QI exprimant non plus une vitesse de développement intellectuel, mais la valeur centrale d'une courbe statistique (Laplace-Gauss) formée par les sommes des points obtenus par les membres d'un groupe de sujets du même âge lors de la passation d'une série de tests.

Le QI, sigle conservé pour sa popularité, alors qu'il ne s'agit plus d'un quotient, est de fait une mesure statistique, expression d'un rang en référence au groupe d'appartenance du sujet, celle de la place du sujet attribué par ses performances au test d'intelligence.²

.....
1 (1939 WAIS Wechsler Adults Intelligence Scale; 1949 WISC Wechsler Intelligence Scale for Children; 1967 WPPSI Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

2 Exemple : les résultats de Louis, 7 ans 5 mois, à l'échelle d'intelligence seront comparés aux résultats moyens des enfants du groupe d'études (étalonnage) âgés de 7 ans 4 mois à 7 ans 7 mois.

FOCUS

Le test des cubes de Samuel Kohs

Inspiré d'un jeu de plusieurs cubes de couleurs et développé par le psychologue Samuel Kohs à l'université de Stanford en 1920, il sollicite les capacités visuo-spatiales et les habiletés de coordination visuo-motrice sans sollicitation du langage. Adapté par David Wechsler dans ses échelles d'évaluation de l'intelligence chez l'adulte et chez l'enfant, il acquiert, par son attrait clinique, ses qualités psychométriques et son expression de dimensions non verbales de l'intelligence, une renommée qui ne faiblira pas jusqu'à aujourd'hui. On le retrouve, décliné sous différentes formes, dans toutes les échelles composites d'évaluation intellectuelle.

Exemple du test des cubes bicolores inspiré de Kohs dans l'échelle WAIS-R.

Le sujet doit reproduire avec les cubes la figure de modèles (difficulté croissante) en un temps limité.



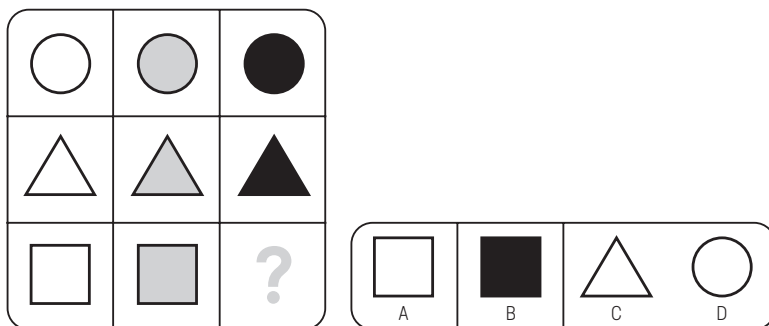
FOCUS

Le test des Matrices progressives de John Raven

Développé par le psychologue britannique John Raven en 1938, ce test sollicite des aptitudes multiples d'encodage et de raisonnement inductif déductif qui ont construit sa réputation d'indicateur fiable de l'intelligence générale (corrélation forte avec le facteur g) à partir de nombreux travaux sur sa robustesse psychométrique.

Différentes versions sont éditées, et on retrouve ce principe presque incontournable des items de difficulté progressive avec réponse à choix multiples dans la plupart des échelles d'évaluation intellectuelle pour enfants comme pour adultes.

Exemple d'item factice caractéristique des Matrices progressives de John Raven : le sujet doit trouver la bonne réponse à l'image manquante.



De multiples modèles et théories de l'intelligence vont ensuite contribuer à enrichir le concept d'intelligence, sans pour autant en permettre une définition scientifique consensuelle. En effet, il existe un compromis entre la difficile conceptualisation scientifique et le périmètre des expressions de l'intelligence étudié par les mesures empiriques dont les principes et les outils connaîtront de nombreuses évolutions.

Ainsi en est-il du modèle théorique psychométrique de Raymond Cattell et John Horn qui proposent, en 1966, une modélisation de l'intelligence en 2 facteurs : l'intelligence fluide (importance du raisonnement) et l'intelligence cristallisée (sensible aux connaissances acquises), donnant plus tard, en association avec John Carroll, le modèle hiérarchique à 3 niveaux de facteurs, appelé, en reprise des initiales du nom des 3 auteurs, modèle triarchique CHC (1993). Ce modèle connaît, ces dernières années, des prolongements et des remaniements qui modifient sensiblement les interprétations cliniques des données issues des évaluations groupales et individuelles (Schneider & McGrew, 2018; Flanagan & McDonough, 2022).

Autre modèle théorique incontournable : celui du grand psychologue américain Robert Sternberg, appelé théorie triarchique de l'intelligence, qui distingue trois grandes dimensions intellectuelles : l'intelligence analytique, l'intelligence créative et l'intelligence pratique. Ce modèle élaboré organise l'intelligence en « métacomposantes » responsables des processus de contrôle et de fonctionnement de ces catégories d'intelligence et développe la critique de la vision réductrice de l'intelligence se limitant au facteur g (exprimé le plus souvent par le QI) et aux performances académiques. Pour Sternberg, en effet, la réussite dans la vie dépend aussi de la créativité et de l'intelligence pratique, trop négligées par les tests standards. Si la théorie triarchique de Sternberg a été reconnue pour son intérêt, elle a aussi été critiquée pour la faiblesse de sa validation empirique et pour la difficulté à mesurer de façon indépendante les trois composantes. L'échelle d'évaluation mise au point par Sternberg lui-même (1993), le Sternberg Triarchic Abilities Test (STAT), n'a pas été adoptée par les psychologues, essentiellement pour des raisons d'ergonomie, de durée de passation et de complexité du modèle.

FOCUS

L'intelligence de l'enfant par Jean Piaget

Du côté des théories du développement de l'intelligence les plus influentes et qui ont été suivies de travaux concernant son évaluation, retenons celle issue des travaux de Jean Piaget, pour qui l'intelligence est un processus actif, évolutif et structuré d'adaptation, de construction et de transformation des connaissances, qui se développe par l'interaction entre le sujet et son environnement grâce à l'assimilation, l'accommodation et l'équilibration issue du conflit cognitif (Piaget, 1936). Elle se caractérise par la capacité à organiser, réorganiser et rendre

réversibles les opérations mentales qui se développent progressivement au cours d'une succession de stades cognitifs. Hormis les apports spécifiques des premiers travaux de sa collaboratrice Barbél Inhelder sur les enfants présentant des difficultés intellectuelles (*Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, 1943), on peut résumer les conceptions piagésiennes de la déficience par la suggestion que les enfants avec une déficience intellectuelle passent par les mêmes stades cognitifs que les enfants tout-venant, mais à un rythme plus lent et qu'ils ont plus de difficultés à dépasser le stade de la pensée concrète sans accès au stade hypothético-déductif qui caractérise l'intelligence humaine (Piaget & Inhelder, 1966). Peu de méthodes spécifiques se référant aux conceptions piagésiennes ont été mises au point pour évaluer les capacités cognitives des enfants avec une déficience intellectuelle et soutenir leur développement par des stratégies d'intervention.

Les remarquables publications et enseignements de Claire Meljac (Meljac & Lemmel, 2007) en France font figure d'exceptions dans ce domaine conceptuel, qu'elle nomme avec admiration l'«esprit piagésien», et qui se formalisent par l'édition de l'épreuve piagésienne UDN-80 (Utilisation du nombre – 1980) et des éditions successives (UDN-II 2^e édition – 2000 et UDN-3 Évaluation de la pensée logique – 2020). Leur usage par les psychologues et les professionnels de la santé et des apprentissages est cependant resté en grande partie confidentiel, ces successives éditions de la batterie d'évaluation de la logique élémentaire, des conservations, de la construction et de l'utilisation du nombre, de l'origine spatiale et des connaissances mathématiques (avec 29 épreuves possibles pour la version de 2020) nécessitant du temps, une démarche qualitative et analytique complexe, aujourd'hui peu compatibles avec les contraintes d'exercice professionnel et la culture dominante de l'évaluation quantitative dans les commissions et certaines institutions.

1. 3. La pratique de l'évaluation intellectuelle

David Wechsler est sans doute le psychologue le plus connu dans le monde pour son expertise de l'évaluation de l'intelligence et la publication de ses échelles dans la seconde moitié du xx^e siècle.

Les échelles de Wechsler restent aujourd'hui les batteries d'évaluation les plus utilisées par les psychologues dans le monde entier. Leur atout réside essentiellement dans la conception de grandes familles d'épreuves évaluant plusieurs caractéristiques de l'intelligence faisant consensus dans les milieux scientifiques :

- le langage réceptif et expressif ;
- les capacités visuo-spatiales ;
- la logique et le raisonnement ;
- la mémoire de travail ;
- les connaissances...

Les sources universitaires, scientifiques et professionnelles internationales ainsi que les pratiques cliniques, convergent pour affirmer que les différentes

échelles de Wechsler constituent aujourd'hui la norme mondiale de l'évaluation de l'intelligence, bien que les critiques sur leur dépendance aux facteurs environnementaux, culturels et éducatifs ainsi que leur corrélation avec le niveau scolaire soient largement répandues.

Le QI garde tout au long du xx^e siècle une place de critère principal et quasi unique pour le diagnostic de développement et de fonctionnement de l'intelligence. Les détracteurs ont pourtant été nombreux à mettre en garde la communauté scientifique et médico-psychologique contre ses limites scientifiques et les dérives d'utilisation et d'instrumentalisation. Stephen Jay Gould, scientifique américain réputé en paléontologie et en histoire des sciences, est l'un des plus convaincants : il démontre les fausses bases scientifiques des théories sur la mesure du QI et les limites des pratiques et des calculs statistiques pour évaluer l'intelligence. L'idée que l'intelligence est unitaire, héréditaire et mesurable est un mythe social, pas une vérité scientifique, est la thèse développée dans l'un de ses principaux ouvrages, *The Mismeasure of Man* (1981).

Enfin, on reste volontiers sensible aux objections portant sur l'utilité et la pertinence des tests d'évaluation psychologique utilisés seuls, qui pointent également :

- le hiatus entre les règles générales de l'approche nomothétique (standardisation des pratiques et des mesures et éléments communs au groupe) et l'approche idiographique (position du praticien centrée sur la singularité de la personne);
- la référence à la norme virtuelle et l'écrasement des spécificités individuelles consécutif aux principes mêmes des statistiques, à leur lecture et à leur interprétation;
- la classification encore grossière entre déficience légère et moyenne, qui recouvre des profils cliniques souvent différents et qui peut conduire à des diagnostics vagues ou erronés avec leurs conséquences délétères sur les soins, les accompagnements et les programmes de prises en charge des difficultés des jeunes patients;
- la question centrale de la transmission des données chiffrées issues des échelles et des tests d'évaluation aux personnes concernées et des interprétations variables (parfois éloignées de leur traduction clinique) qui en sont faites.

Pour autant, on lit et relit volontiers les nombreux travaux de Jacques Grégoire, professeur de psychologie et spécialiste de la mesure de l'intelligence, concernant la psychométrie, ses avancées et ses limites dans le champ de l'évaluation de l'intelligence et dans celui des interprétations cliniques et diagnostiques des données et indices issus des échelles de mesure, le QI étant le plus emblématique de ceux-ci. Bien qu'entaché d'erreurs de mesure et de calcul qui peuvent parfois s'avérer importantes au niveau individuel, le QI n'est certes pas une

mesure objective de l'intelligence et il n'évalue que certaines de ses fonctions ou expressions. Il est par ailleurs dépendant du contexte historique, social et culturel (la définition scientifique incertaine de l'intelligence et le relativisme épistémologique), du fait que la « note vraie » du sujet est inaccessible en psychométrie, du rapport complexe entre propriété du groupe et causalité individuelle dans les statistiques en sciences humaines et des conséquences de sa médiatisation et de la vulgarisation qui ont terni ses fondements scientifiques. Néanmoins, en l'absence de meilleur indicateur, il reste une donnée fondamentale et significative de la performance intellectuelle qu'il convient d'analyser avec prudence et réflexion critique, et surtout d'en perfectionner les modalités de recueil.

2. De la faiblesse d'esprit au trouble du développement intellectuel

2.1. Bref historique

Ce ne sont pas dans ces termes, manque ou absence d'intelligence, que le ^{xix}^e siècle considère les enfants « faibles d'esprit ». Désignés comme anormaux, imbéciles, idiots, avec un vocabulaire qui aujourd'hui nous est insupportable, les enfants privés d'intelligence étaient même, dans les époques précédentes et dans de nombreuses civilisations, marqués par l'opprobre, la discrimination, la maltraitance et parfois victimes de représentations épouvantables, punis par Dieu pour les uns, possédés par le diable pour les autres, abandonnés ou encore sacrifiés par les hommes et leurs croyances... Même la période des Lumières n'a pas été tendre avec eux, si l'on suit Rousseau lui-même dans *l'Émile*, où il témoigne du renoncement à l'évolution possible de ce qui est attribué pour la vie à la personne : un état définitif contre lequel rien n'est envisageable.

« Je ne veux point d'un élève toujours inutile à lui-même et aux autres, qui s'occupe uniquement à se conserver, et dont le corps nuise à l'éducation de l'âme. Que ferais-je en lui prodiguant vainement mes soins, sinon doubler la perte de la société et lui ôter deux hommes pour un ? » (*L'Émile*, Rousseau, 1766)

Incurable, inéducable... l'enfant idiot ou à l'esprit engourdi est ainsi définitivement privé d'intelligence de base pour le reste de sa vie. (cf. *Histoire de la folie à l'âge classique*, M. Foucault, 1972).

Il y a bien eu quelques rares propositions pour contredire Jean-Estienne Esquirol, psychiatre aliéniste influent (1772-1840) pour qui « [l]e handicap mental n'est pas une maladie, mais un état. L'idiot est ce qu'il a toujours été... et ce qu'il sera toujours ». Ces propos expriment en quelques mots la conception de son époque : considérer l'origine de l'idiotie comme une atteinte cérébrale

définitive et de l'exclure du registre des maladies mentales que l'on commençait à catégoriser médicalement dans le prolongement des travaux de nosographie de Philippe Pinel. Si le diagnostic n'était pas encore posé avec des critères pertinents, il était cependant influencé par la thèse d'incurabilité, que les promoteurs de l'éducabilité ou la semi-éducabilité tentaient de combattre. Les établissements où étaient enfermés les enfants déficients (le plus souvent dans des sections d'hôpitaux généraux) suscitaient cependant quelques réactions critiques dont Seguin, instituteur et éducateur, était une figure majeure.

Encouragé par sa collaboration avec Jean Itard, médecin renommé au début du ^{xix}^e siècle pour son accompagnement pourtant lourd de désillusions de Victor, l'enfant «sauvage» de l'Aveyron, Édouard Seguin initie, vers 1840, les premières classes spécialisées à l'hospice de Bicêtre au sud de Paris, où il développe ses thèses d'éducabilité (1846, publication de *Traitement moral, Hygiène et Éducation des idiots*) des enfants déficients, avant de les approfondir aux États-Unis d'Amérique où il obtiendra son diplôme de médecin à 49 ans (Université de New York). Ces pratiques pédagogiques innovantes sont poursuivies à Bicêtre par le médecin Désiré-Magloire Bourneville, qui y développe la méthode médico-pédagogique alliant les soins, l'hygiène et une éducation bienveillante et stimulante. La nécessité de différencier les formes de déficience intellectuelle selon leur sévérité s'impose progressivement, et l'évaluation des retards et des troubles commence à prendre forme. Les lois républicaines de Jules Ferry (1881 et 1882, en France) qui imposent l'obligation scolaire vont favoriser cet essor par le souci de répondre davantage aux besoins spécifiques de scolarisation des enfants idiots ou arriérés.

2. 2. L'évolution du concept de déficience intellectuelle

Dans les conceptions traditionnelles du début du ^{xx}^e siècle, la déficience intellectuelle est alors principalement expliquée par des dysfonctionnements du système nerveux, considérés comme nécessaires et suffisants, et d'autres facteurs (socioculturels, éducatifs, familiaux), bien que déjà mis en évidence dans les années 1930, y sont souvent négligés.

Le passage d'une vision ancienne, fixiste et biomédicale se fera progressivement jusqu'aux années quatre-vingt à travers trois approches complémentaires (Tomkiewicz, 1986 ; Céleste, 2005 ; Misès, Perron & Salbreux, 2005) :

- une approche terminologique qui va peu à peu distinguer déficience/incapacité/handicap avec la prise en compte du rôle du milieu et du contexte social, permettant ainsi de relativiser le déficit intellectuel lui-même avec l'influence d'autres facteurs et la reconnaissance de la débilité d'origine socioculturelle, à la distinction des «surcharges» motrices, sensorielles, et enfin à l'isolement du polyhandicap ;

- une approche psychodynamique qui, à la suite des études de René Spitz (1968) sur les effets des carences relationnelles précoces, insiste sur l'importance de l'affectivité, de l'histoire personnelle et des relations familiales dans le développement intellectuel de l'enfant – on pense aux travaux, dans les années 1970-1990, des «trois Roger» comme seront surnommés Roger Misès, Roger Salbreux et Roger Perron (*Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*, 1994) qui conduiront à la description des processus de structuration déficitaire, à la différence entre déficiences harmoniques et dysharmoniques;
- une approche sociologique qui différencie une déficience d'origine biopsychologique (lésions ou carences graves, souvent irréversibles) de la déficience sociopsychologique (inadaptation scolaire liée au milieu social, sans base biologique connue).

Cette évolution sur plusieurs décennies remet directement en cause l'usage exclusif du quotient intellectuel, ouvre la voie à des travaux multidisciplinaires, à l'acceptation de la complexité et, par conséquence logique, à des prises en charge variées et plus nuancées.

«Ainsi, que ce soit à partir d'une atteinte du système nerveux, survenant dans la période anté- ou périnatale ou à partir de perturbations socioaffectives précoces et graves, on voit que les facteurs organiques et/ou relationnels introduisent des processus de débilisation progressive, mais on constate aussi que ces infléchissements restent longtemps sensibles à des influences s'opposant à eux et pouvant s'exercer à différents niveaux. Ceci permet de fonder des actions préventives et curatives multidimensionnelles où, à côté des thérapies proprement médicales qui sont parfois indiquées (affections métaboliques par exemple), il y a place également pour des mesures éducatives, rééducatives, sociales, psychothérapiques» (Salbreux & Misès, 2005, pp. 23-47).

Les approches contemporaines dans la compréhension de la déficience sont surtout caractérisées par la prise en compte des avancées exceptionnelles en neurosciences avec notamment les recherches en imagerie neurocérébrale et en neurogénétique sur les bases biologiques et les mécanismes neurocérébraux de l'intelligence.

Diverses causes, comme les anomalies chromosomiques (ex. : trisomie 21), les mutations monogéniques (ex. : syndrome de l'X fragile), les origines périnatales comme l'anoxie à la naissance, la prématurité, les infections, ont été identifiées.

Les neurosciences, notamment via la génétique moléculaire et l'imagerie cérébrale, ont permis de mieux comprendre de nombreuses étiologies.

Les conditions environnementales précoces : carences nutritionnelles, exposition à des substances toxiques (alcool, drogues), négligence affective sont

également étudiées et contribuent à reconnaître la multidimensionnalité de la question avec les facteurs neurobiologiques, familiaux et sociaux.

Aujourd'hui, la déficience intellectuelle dénommée trouble du développement intellectuel (TDI) est considérée dans une approche développementale comme un processus évolutif, structuré progressivement et sensible à des influences extérieures, cette nouvelle terminologie englobant des déficits du raisonnement logique, des capacités adaptatives altérées et une apparition précoce, tout en soulignant que le quotient intellectuel seul ne suffit pas à mesurer l'impact du trouble ni à guider la prise en charge.

La psychopathologie, en explorant les mécanismes psychologiques complexes comme les restrictions du désir de connaître, les atteintes des fonctions symboliques, les altérations de la structure de l'appareil psychique et de la personnalité, contribue à l'acceptation de l'extrême complexité de la dynamique qui conduit aux troubles du développement intellectuel.

Les classifications internationales – DSM-5 (2013), la CIM-11 (2022) et l'AAIDD (2020)³ – classent désormais le trouble du développement intellectuel avec les troubles du neurodéveloppement, soulignant son ancrage dans le développement nerveux et cognitif précoce, plutôt que comme trouble psychiatrique ou strictement organique (HAS, 2022).

.....
3 DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – American Psychiatric Association (APA) 2013; CIM-11 Classification internationale des maladies, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS); American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

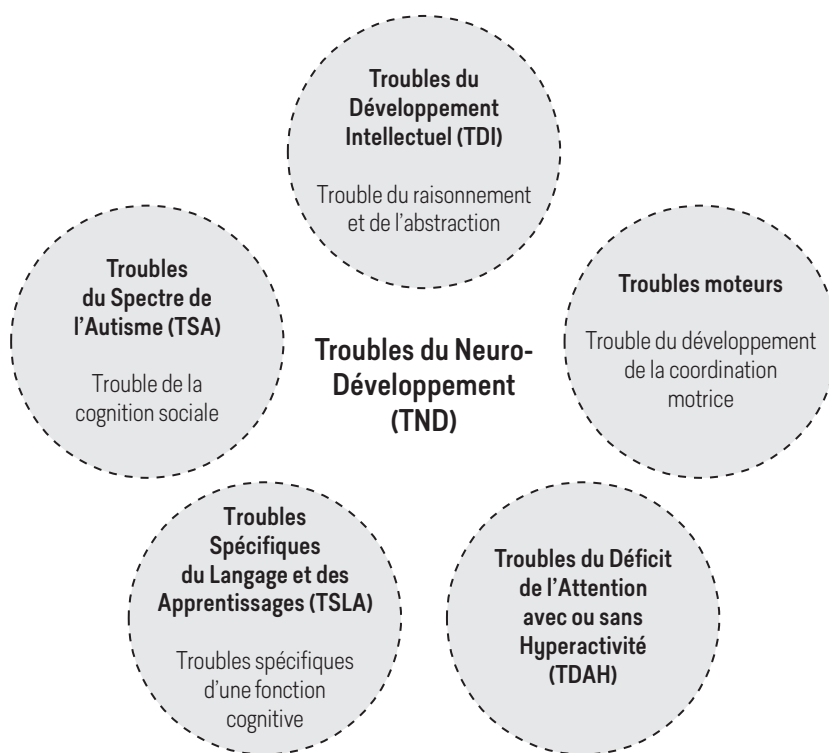


FIGURE 1.1. Les troubles du neurodéveloppement (d'après la HAS⁴).

FOCUS

L'eugénisme

Les théories eugénistes sont dominantes à la fin XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle : le scientifique britannique Francis Galton en est l'initiateur et le représentant principal. Mélange de conception héréditaire, de conviction de l'incurabilité de la déficience, de crainte de la dégénérescence de la civilisation et appuyées sur des travaux scientifiques contestables, les théories eugénistes vont se développer dans le monde entier et influencer de nombreux programmes sociaux, politiques et même constitutionnels. Alors que les activités et pratiques d'évaluation des personnes déficientes sont balbutiantes, l'identification sur des critères diagnostiques souvent approximatifs et arbitraires se généralise pour justifier de mesures d'exclusion, de ségrégation, d'enfermement, de stérilisation voire d'élimination.

Les arguments d'ordre éthique, scientifique, social et historique contre les dérives des applications des diagnostics de déficience sont par ailleurs nombreux, et malgré ces mises en

4 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590541/fr/la-has-adopte-son-nouveau-programme-sante-mentale-et-psychoiatrie-2025-2030

garde, une forme d'eugénisme libéral persiste dans certaines politiques nationales, alors qu'au plan international, les principes de l'inclusion sociale et scolaire sont largement partagés et établis dans les conventions internationales (Aubert-Marson, 2010).

2. 3. Les droits des personnes avec trouble du développement intellectuel

Depuis les années 1960, la France a vu se développer de nombreux établissements médico-éducatifs pour enfants et adolescents handicapés, mais de façon dispersée et selon des logiques très différentes. La prise en charge dépendant étroitement des conceptions théoriques dominantes sur le handicap, celles-ci influencent les pratiques, les moyens et les finalités. Les évolutions les plus récentes concernent les prises en charge précoces avec l'importance accordée aux interventions dès le plus jeune âge, même dans le cas de troubles légers s'ils sont diagnostiqués assez tôt dans le développement.

Les principes d'intégration sociale et d'inclusion sont devenus la priorité, avec maintien privilégié de l'enfant dans son milieu habituel et une coopération recherchée dans tous les cas avec la famille et l'école. Les approches multidimensionnelles combinant les actions pédagogiques, éducatives, rééducatives et psychothérapiques modulées en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant répondent aux objectifs définis par les nouveaux textes législatifs nationaux, européens et internationaux.

S'intéresser aux enfants et adolescents avec TDI, au-delà de l'évaluation propre de leur développement et de leur fonctionnement intellectuel, passe par la compréhension du droit international au service des personnes présentant un trouble du développement intellectuel. Il repose sur les principes universels des droits de l'homme – égalité, dignité et non-discrimination –, complétés par des dispositions spécifiques visant à garantir leur inclusion et leur autonomie. L'instrument central est la Convention relative aux droits des personnes handicapées (ONU, 2006), ratifiée par la France en 2010, qui impose aux États de passer d'un modèle médical à un modèle fondé sur les droits humains, en assurant l'accès à l'éducation inclusive, aux soins, à la participation sociale et politique, ainsi qu'à la reconnaissance pleine de la capacité juridique avec des soutiens adaptés.

Ces droits s'appuient également sur de nombreux textes législatifs internationaux, européens ou nationaux (avec, en France, la loi de 2005, dite Loi Handicap) avançant les grands principes qui en découlent : non-discrimination, accessibilité universelle, participation pleine et entière à la vie en société et mesures de compensation face aux difficultés rencontrées.

Si l'écart entre les textes et leur application reste important par manque de données fiables, si de grandes variabilités dans les évaluations

médicopsychologiques, dans la persistance d'institutions encore trop ségrégatives et de discriminations multiples résistent, les transformations sont en cours pour favoriser le développement de l'éducation inclusive, pour améliorer l'accès aux soins et aux programmes d'accompagnement et pour accompagner la transition vers une vie en milieu ordinaire avec les soutiens nécessaires.

2. 4. Dernières avancées

Les avancées en neurosciences ont permis une meilleure compréhension des bases biologiques de l'intelligence. Elles se prolongent avec les recherches actuelles qui insistent notamment sur (DéfiScience, 2025) :

- la compréhension génétique des TDI, avec l'identification continue de nouveaux gènes responsables ;
- l'optimisation des méthodes de diagnostic, avec de nouveaux outils d'évaluation du quotient intellectuel ou d'échelles mesurant plus finement l'impact fonctionnel et social du trouble et de tests génétiques ;
- davantage de prise en compte des facteurs de risque prénataux, périnataux et environnementaux ;
- le rôle essentiel de l'accompagnement éducatif avec des approches développementales personnalisées (méthodes d'apprentissage implicites et structurées pour favoriser l'autonomie et la progression des enfants présentant un TDI).

En 2025, la Haute Autorité de santé a inscrit la santé mentale, et donc le TDI, comme priorité nationale avec l'adoption de sa feuille de route 2025-2030, mettant l'accent sur le repérage précoce, la prévention et la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Toujours en 2025, les Journées Recherche DéfiScience ont souligné l'importance grandissante des maladies rares du neurodéveloppement, la nécessité d'un meilleur diagnostic précoce ainsi qu'une prise en charge individualisée.

Le concept d'intelligence continue d'évoluer avec les nouvelles découvertes scientifiques et technologiques et une dynamique médico-sociale générale ouvrant sur une meilleure compréhension des causes génétiques et environnementales, sur l'élargissement des stratégies de diagnostic et d'intervention précoce et sur l'intégration croissante des troubles du développement intellectuel dans les politiques nationales de santé mentale, avec la personnalisation de l'accompagnement éducatif et l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées.

Conclusion

Les concepts d'intelligence et de déficience intellectuelle ont considérablement évolué au cours des cent dernières années : de la philosophie à la psychométrie, de la médecine à la psychosociologie, d'un modèle déficitaire à une approche développementale, d'une centration sur l'individu à une prise en compte du contexte et de l'environnement.

Le passage du terme « retard mental », abandonné au profit de « déficience intellectuelle », puis de « trouble du développement intellectuel » témoigne à la fois d'une meilleure compréhension de l'hétérogénéité des situations, de l'influence de l'environnement et de la possibilité d'évolution et d'autonomie. On assiste ainsi à des évolutions marquées par :

- l'abandon du modèle strictement médical, remplacé par une approche globale et multifactorielle;
- la montée en importance des facteurs adaptatifs et sociaux;
- la promotion de l'inclusion et de l'autodétermination;
- l'adoption de terminologies et de classifications internationales plus nuancées et respectueuses de la diversité des personnes concernées.

La recherche actuelle valorisant de plus en plus une compréhension individualisée et dynamique, visant la qualité de vie et la participation sociale de la personne, les conceptions et les pratiques de l'évaluation multidimensionnelle suivent ce mouvement, marquant ainsi leur intérêt pour une approche globale du développement médico-psychologique et leur insistance sur le diagnostic fonctionnel.

CHAPITRE

2

Terminologie, nosologie, critères diagnostiques, degrés de sévérité et épidémiologie

Aurore Curie

1. Terminologie et nosologie

Le Trouble du Développement Intellectuel (TDI) est l'un des troubles du neuro-développement (TND). Il s'agit en effet de troubles cognitifs et comportementaux survenant pendant la période développementale et impliquant des difficultés significatives dans l'acquisition des compétences cognitives (intellectuelles, motrices, langagières ou sociales) attendues lors du développement psychomoteur et affectif d'un enfant (American Psychiatric Association, 2013, CIM-11, 2019).

Historiquement, de nombreux termes ont été employés pour désigner le TDI : oligophrénie, idiotie, imbecillité, débilité mentale, handicap mental, arriération mentale, retard mental (Inserm, 2016). Dans un premier temps, le terme de Déficience Intellectuelle (DI) a remplacé le terme de « retard mental ». Mais il s'agit d'une traduction très imparfaite du concept anglais d'*Intellectual Disability*, qui est beaucoup plus large et recouvre à la fois les notions de déficit, incapacité et handicap. Le terme « handicap mental », encore souvent utilisé, souligne les difficultés adaptatives et sociales associées au TDI (UNAPEI, fédération d'associations françaises de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées et de leurs familles). Les personnes TDI préfèrent qu'on utilise le terme de « personne handicapée intellectuelle » (Association Nous aussi, Association Française des personnes handicapées intellectuelles). Dans la 11^e révision de la classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le terme de « Trouble du Développement Intellectuel » a été introduit (CIM-11, 2019). Celui-ci nous semble plus adapté et ne comporte pas la connotation négative qui était associée au terme « Déficience Intellectuelle ». La 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013), qui décrit précisément chacun des troubles mentaux, utilise indifféremment les deux termes DI et TDI (American Psychiatric Association, 2013). Nous utiliserons le terme de TDI dans la suite de cet ouvrage.

2. Critères diagnostiques du TDI

Trois organisations internationales sont impliquées dans la définition du TDI : l'OMS (avec la CIM-11, 2019) (CIM-11, 2019), l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010), et l'*American Psychiatric Association* (APA) avec le DSM-5 (2013) (American Psychiatric Association, 2013). Les trois instances (CIM-11, AAIDD et DSM-5) s'accordent sur les trois critères diagnostiques suivants (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010, American Psychiatric Association, 2013, CIM-11, 2019) :

- **Des limitations significatives du fonctionnement intellectuel** telles que le raisonnement logique, la pensée abstraite, la résolution de problèmes, la capacité d'abstraction, de jugement, la compréhension verbale, la planification, impactant l'ensemble des apprentissages. L'évaluation du fonctionnement intellectuel doit être réalisée à l'aide de tests normés et standardisés (test psychométrique ou test d'intelligence), dont les plus utilisés sont les échelles de Wechsler adaptées à l'âge, WPPSI-IV (Wechsler, 2014) pour les plus jeunes enfants, WISC-V (Wechsler, 2016) à partir de 6 ans, et WAIS-IV (Wechsler, 2011) à partir de 16 ans), permettant d'objectiver une différence significative des capacités cognitives d'un individu par rapport à ce qui est attendu pour son âge réel, avec un Quotient Intellectuel (QI) inférieur à -2 déviations standards (DS) au-dessous de la moyenne (soit $QI \leq 70$, +/-5, c'est-à-dire la marge d'erreur de mesure). Dans les cas où l'utilisation de tests normés et standardisés n'est pas possible, l'évaluation du fonctionnement intellectuel nécessite de s'appuyer davantage sur le jugement clinique, intégrant des éléments comportementaux (niveau de langage réceptif et expressif, capacités en écriture, en lecture, capacités en raisonnement simple comme des tâches d'appariement ou de tri, capacité à suivre une consigne en 2 ou 3 étapes, tâches très simples de calcul...) (CIM-11, 2019).
- **Des limitations significatives du fonctionnement adaptatif**, dans au moins une de ses trois dimensions, habiletés conceptuelles, sociales et pratiques utilisées dans la vie quotidienne et de sévérité suffisante pour nécessiter un besoin de soutien. Les habiletés conceptuelles sont celles impliquant l'utilisation de connaissances (telles que la lecture, l'écriture, le calcul, la résolution de problème ou la prise de décision) et la communication. Les habiletés sociales incluent les interactions interpersonnelles et les relations, ainsi que la capacité à suivre les règles ou les lois. Les habiletés pratiques dans la vie quotidienne impliquent les soins personnels, la santé, la sécurité, les compétences professionnelles, les loisirs, la gestion de l'argent, la mobilité et les transports, mais aussi l'utilisation d'appareils électroménagers ou d'outils. Le

fonctionnement adaptatif est évalué à l'aide de mesures standardisées (Échelle de Vineland [Sparrow et al., 2015]) qui peuvent être réalisées avec un aidant qui connaît bien le patient (parent...). Le score total doit être inférieur à -2 DS au-dessous de la moyenne. Sans soutien, les limitations du fonctionnement adaptatif entravent le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne tels que la communication, la participation sociale, l'indépendance dans divers environnements (domicile, école, travail, culture et loisirs) (American Psychiatric Association, 2013).

- **Ces limitations touchant les habiletés intellectuelles et adaptatives doivent apparaître pendant la période développementale**, c'est-à-dire durant l'enfance ou l'adolescence. L'AAIDD précise qu'ils doivent apparaître avant l'âge de 18 ans, tandis que le DSM-5 ne mentionne pas un âge particulier.

Dans la définition et l'évaluation du TDI, l'AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010) souligne que des facteurs supplémentaires doivent être également pris en compte, tels que les caractéristiques du groupe d'âge de la personne et de son environnement linguistique et culturel. Par ailleurs, elle souligne l'importance de partir du principe que les limitations de la personne (ou faiblesses) coexistent aussi avec des forces (compétences préservées ou moins altérées). La description des limitations est importante pour déterminer le type de soutien requis. Enfin, le niveau de fonctionnement de la personne s'améliorera si un soutien personnalisé approprié est fourni sur une période prolongée.

Avant l'âge de 5 ans, on parle souvent de retard global de développement, lorsque le diagnostic de TDI est suspecté, mais que l'évaluation psychométrique (du fonctionnement intellectuel) n'est pas encore possible (CIM-11, 2019). Le terme de retard global de développement est également parfois utilisé lorsqu'une déficience sensorielle (comme la cécité ou la surdité précoce), ou motrice, ou encore lorsque l'existence de troubles sévères du comportement interfère avec l'évaluation du patient (CIM-11, 2019).



À retenir

Le Trouble du Développement Intellectuel (TDI) est l'un des troubles du neurodéveloppement et répond à des critères diagnostiques précis :

- des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (évalué cliniquement et par des tests normés et standardisés d'intelligence : $QI \leq 70 \pm 5$, soit ≤ -2 DS) ;
- des limitations significatives du fonctionnement adaptatif (score total ≤ -2 DS) ;
- débutant pendant la période développementale (pendant l'enfance).

3. Degré de Sévérité du TDI

Initialement, la sévérité du TDI était définie en fonction des résultats obtenus aux tests psychométriques (test de QI). Ainsi, dans les versions précédentes des classifications (telles que la CIM-10, ou le DSM-4), classiquement, on distinguait : *TDI léger* lorsque le QI était compris entre 50 et 69, *TDI modéré* lorsque le QI était compris entre 36 et 49, *TDI grave* («severe» en anglais) pour lequel le QI était compris entre 20 et 35, et *TDI profond* où il était inférieur à 20 (DSM-IV, 1994, CIM-10, 2008).

Plus récemment, la DSM-5 définit une classification de la gravité du TDI à partir du comportement adaptatif (conceptuel, social et pratique), tout en gardant les 4 mêmes niveaux de sévérité (TDI léger, modéré, grave, et profond) (American Psychiatric Association, 2013). L'objectif principal de la classification de la DSM-5, tout comme de l'AAIDD est d'évaluer la sévérité du trouble en se basant sur les besoins de soutien de la personne, qui découlent de ses compétences adaptatives et de ses fragilités (Inserm, 2016). En effet, les besoins de soutien d'une personne présentant un TDI varient de façon très importante en fonction de la sévérité de celui-ci. Cette approche fonctionnelle rejoint l'approche actuelle du handicap, qui ne résulte pas directement et exclusivement d'une déficience, mais de l'interaction entre une vulnérabilité individuelle et un environnement, qui peut être obstacle ou facilitateur.

Enfin, la CIM-11 définit la sévérité du TDI en considérant à la fois le niveau du fonctionnement intellectuel et le niveau des capacités du comportement adaptatif, mesurés par des tests standardisés et normés ou sur des indicateurs cliniques comportementaux appropriés si ces tests ne sont pas disponibles (CIM-11, 2019). La CIM-11 convient cependant que la différence entre TDI grave et profond ne peut se baser que sur le comportement adaptatif, car les échelles psychométriques ne permettent pas cette distinction, n'étant pas en mesure de distinguer les compétences intellectuelles si sévèrement impactées de ces deux groupes (CIM-11, 2019). En effet, les échelles de Wechsler, par exemple, ne permettent pas d'évaluer des QI inférieurs à 40.

3.1. TDI léger

Les personnes présentant un TDI léger accèdent à un niveau de langage oral tout à fait efficient. En grandissant, elles peuvent suivre une consigne comportant plusieurs étapes. Il existe souvent des difficultés pour acquérir les compétences scolaires, mais elles peuvent le plus souvent accéder à un niveau scolaire élémentaire (y compris sur le plan de la lecture, de l'écriture et du calcul), voire au-delà, avec un soutien suffisant. Elles savent utiliser un téléphone. Dans de nombreux cas, elles peuvent vivre de façon autonome au sein de leur communauté avec un niveau minimal de soutien et accéder à un emploi à l'âge adulte. Elles peuvent être crédules et présenter des jugements immatures. Elles peuvent avoir besoin

d'aide pour gérer leur budget, faire des courses ou utiliser les moyens de transport en commun. Certaines peuvent apprendre à conduire un véhicule motorisé ou un vélo, à gérer quelques aspects simples d'un compte en banque, à préparer des repas simples ou encore à utiliser un ordinateur. Elles ont généralement besoin d'aide de façon intermittente pour prendre des décisions concernant leur santé, ou des décisions légales, ou encore lors de situations de transition ou de stress. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille.

Les personnes présentant un TDI léger ont classiquement un fonctionnement intellectuel et adaptatif situé entre -2 et -3 DS au-dessous de la moyenne (CIM-11, 2019).

3. 2. TDI modéré

Les personnes présentant un TDI modéré accèdent à des acquis scolaires et à un niveau de communication variable qui se limitent généralement aux compétences de base. Il existe habituellement un retard de langage, mais elles sont capables par la suite de communiquer en utilisant le langage oral, même si celui-ci reste assez simple pour certaines. La plupart des activités de soins corporels quotidiens (habillage, toilette) peuvent être exécutées, mais peuvent nécessiter une formation et un soutien prolongés. Un emploi indépendant peut être obtenu dans des postes qui exigent des compétences conceptuelles ou sociales limitées. La vie autonome peut être envisagée avec des niveaux de soutien modérés, tels que ceux offerts dans des foyers de groupe. La plupart comprennent la fonction de l'argent, mais ne pourront vérifier le rendu de la monnaie, par exemple.

Les personnes présentant un TDI modéré ont classiquement un fonctionnement intellectuel et adaptatif situé entre -3 et -4 DS au-dessous de la moyenne (CIM-11, 2019).

3. 3. TDI grave

Les personnes avec un TDI grave acquièrent des compétences en communication très élémentaires et limitées. Le discours peut se résumer à des mots. Les personnes avec un TDI grave ont besoin d'aide pour les activités du quotidien, incluant les repas, l'habillage et la toilette. De nombreuses personnes dans cette catégorie ont besoin d'un environnement supervisé pour assurer leur sécurité et d'un soutien quotidien. La résidence dans un logement assisté est généralement nécessaire.

3. 4. TDI profond

Les personnes avec un TDI profond dépendent des autres pour tous les aspects des soins quotidiens, de leur santé et de leur sécurité. Les compétences en communication sont rudimentaires. Elles ont une compréhension très limitée de

la communication symbolique, qu'elle soit orale ou gestuelle. Elles peuvent trouver du plaisir dans les relations avec les membres de la famille qu'elles connaissent bien, les soignants, les proches et peuvent répondre aux interactions sociales par des signes gestuels ou émotionnels. Elles peuvent prendre plaisir à écouter de la musique, à se promener, à participer à des activités aquatiques, mais toujours avec un soutien extérieur ((HAS), 2022). Elles nécessitent habituellement un soutien 24 heures sur 24. Des limitations sensorielles ou motrices sont souvent associées. En effet, une personne polyhandicapée (c'est-à-dire avec une déficience motrice et un TDI profond) nécessitera par exemple une aide en permanence, y compris pour manger et prendre soin de son corps (hygiène corporelle).



À retenir

La sévérité du Trouble du Développement Intellectuel (TDI) est définie à partir du comportement adaptatif et de l'intensité des besoins de soutien.

On distingue 4 niveaux de sévérité du TDI :

- **TDI léger :** niveau de langage efficient, compétences scolaires de niveau élémentaire (y compris lecture, écriture et calcul), puis vie autonome indépendante avec besoin de soutien minimal, ponctuel ;
- **TDI modéré :** langage oral, compétences scolaires de niveau tout début d'élémentaire, vie autonome avec besoins de soutien modérés, tels que disponibles dans un foyer de groupe, par exemple ;
- **TDI grave :** communication élémentaire et limitée (mots), besoins de soutien importants, nécessaires pour les activités de la vie quotidienne comme les repas, l'habillement, la toilette, et supervision nécessaire pour leur sécurité ;
- **TDI profond :** compétences en communication très limitées, y compris pour la compréhension orale ou gestuelle, besoins de soutien massifs et nécessaires pour tous les aspects de la vie quotidienne, 24 heures sur 24, ainsi que pour leur sécurité.

4. Prévalence du TDI

La distribution théorique du Quotient Intellectuel (QI) selon une courbe de Gauss indique que 2,5 % de la population aurait un QI inférieur à 70. On rappelle cependant que l'évaluation des capacités adaptatives des personnes fait intégralement partie de la définition retenue du TDI (voir ci-dessus). Cette évaluation n'a malheureusement pas été réalisée dans la plupart des études s'intéressant à la prévalence du TDI, ce qui peut tendre à une surestimation de la fréquence du TDI si les enfants ont de bonnes capacités adaptatives malgré un QI < 70 et sont malgré tout retenus comme présentant un TDI (Inserm, 2016).

Une méta-analyse reprenant 52 études internationales estimait la prévalence du TDI à 1,04 % (Maulik et al., 2011). Une autre étude se basant sur un registre du TDI, réalisée en Finlande, met en évidence une prévalence cumulée de 1,2 % à 17,5 ans (Westerinen et al., 2017). Il semble néanmoins nécessaire de distinguer le TDI léger et le TDI sévère, car toutes les études s'accordent pour reconnaître que le TDI léger est beaucoup plus fréquent que le TDI sévère (Inserm, 2016). On peut retenir une prévalence de 0,3 à 0,4 % pour le TDI sévère (Inserm, 2016). Tandis que la prévalence du TDI léger est un peu plus hétérogène et varie entre 1 et 1,8 % en France et dans les autres pays développés (Inserm, 2016). Une étude française réalisée dans l'Isère a mis en évidence une prévalence de 1,8 % (David et al., 2014). Il est intéressant de noter qu'un tiers des enfants n'étaient pas connus des sources administratives (MDPH) en fin de scolarité primaire, ce qui ramènerait la prévalence à 1,2 % si ceux-ci n'avaient pas été pris en compte. Cette étude relève également que le TDI léger est plus fréquent chez les garçons (sexe-ratio de 1,4 garçons pour 1 fille), en cas d'antécédent familial de TDI, et dans les groupes de niveau socio-économique plus bas (David et al., 2014). Au contraire, la prévalence du TDI sévère varie peu en fonction du niveau socio-économique (Leonard et al., 2002, Inserm, 2016).



À retenir

- La prévalence du Trouble du Développement Intellectuel (TDI) est d'environ 2,2 %.
- Le TDI léger (prévalence de 1,8 %) est beaucoup plus fréquent que le TDI sévère (prévalence de 0,4 %).

Conclusion

Le trouble du développement intellectuel (TDI) répond à des critères diagnostiques précis, et associe des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du fonctionnement adaptatif, débutant pendant la période développementale. Avant l'âge de 5 ans, c'est-à-dire avant d'être en mesure de réaliser une étude précise et fiable du fonctionnement intellectuel de l'enfant, on utilise souvent le terme de « retard global de développement », lorsque l'enfant présente un décalage dans l'ensemble des domaines de développement.

La sévérité du TDI est définie à partir du comportement adaptatif et de l'intensité des besoins de soutien. On distingue 4 niveaux de sévérité du TDI allant du TDI léger, aux TDI modéré, TDI grave et TDI profond. La prévalence du TDI est d'environ 2,2 %. Le TDI léger est beaucoup plus fréquent que le TDI grave.

Les trajectoires développementales dans le TDI

Aurore Curie

1. La notion de trajectoire développementale

Le trouble du développement intellectuel (TDI), comme nous l'avons vu au chapitre 2, implique des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du fonctionnement adaptatif, l'ensemble survenant pendant la période développementale. La notion de trajectoire développementale de l'enfant est particulièrement importante. Il s'agit de retracer l'évolution dynamique des acquisitions psychomotrices de l'enfant dans les différents domaines de développement que sont la motricité globale et fine, le langage, les habiletés sociales et la communication, le raisonnement et, plus tard, les apprentissages scolaires dont la littératie et la numératie. Ces éléments de l'anamnèse sont tout à fait indispensables pour bien comprendre le profil cognitif de l'enfant et la dynamique de son développement.

Le premier élément essentiel à repérer est d'identifier si l'enfant a toujours fait des progrès, même si c'est «à son rythme», ou s'il a présenté une régression psychomotrice, c'est-à-dire une perte d'acquis qu'il parvenait à réaliser précédemment, comme nous le verrons plus loin. En cas de régression psychomotrice, il convient d'éliminer rapidement certaines maladies métaboliques ou encore certaines formes particulières d'épilepsie. Dans l'immense majorité des cas, l'enfant présentant un TDI continue de faire des progrès, même si ceux-ci sont plus lents que ceux de la population d'enfants au développement typique.

Lors du temps d'anamnèse avec la famille de l'enfant qui présente un décalage dans son développement psychomoteur, il est donc indispensable de préciser la trajectoire développementale de cet enfant depuis la période anténatale. On interroge les parents quant au comportement de l'enfant pendant les premières semaines de vie : était-il trop calme ou, au contraire, en sollicitation permanente ? Était-il difficile à consoler ? Existait-il une hypotonie axiale importante ou encore un évitement du contact cutané (autrement dit, l'enfant appréciait-il d'être pris dans les bras ?) ? Ensuite, on retrace avec les parents l'âge des acquisitions pour chacun des grands domaines de développement :

- **pour le domaine de la motricité globale** (ou acquisitions posturales), on précisera l'âge d'acquisition de la tenue de tête, de la station assise stable

sans appui, de la marche, de la course, de la montée des escaliers (en alternant), du saut à deux pieds, de la station monopodale, puis du saut à cloche-pied. On évaluera aussi par la suite si l'enfant parvient à rester assis tranquillement lorsque c'est nécessaire.

- **pour le domaine de la motricité fine** (ou coordination oculomanuelle), **puis du graphisme**, on précisera l'âge d'acquisition de la préhension à distance, de la pince pouce-index, d'introduire un petit objet dans un petit récipient, de la possibilité d'empiler deux cubes, de faire une tour de 5 à 6 cubes, puis un pont avec 3 cubes, de premiers encastrement de formes géométriques simples, des premiers éléments du graphisme (reproduction du trait, du rond, du carré, du bonhomme, du triangle, du losange, des figures entrelacées, de l'écriture du prénom en lettre « bâtons », puis en attaché), mais aussi de l'âge d'acquisition des praxies (habillage seul de façon autonome, boutonnage, manipulation des fermetures éclair, faire ses lacets, découpage avec des ciseaux, possibilité de couper sa viande, de prendre seul sa douche, de s'essuyer seul après les selles, de faire du vélo sans stabilisateur, d'apprendre à nager).
- **pour le domaine du langage**, on précisera à quel âge le doublement des syllabes est apparu, puis l'âge d'apparition des premiers mots, de l'association de deux mots (« papa parti », « donne gâteau »), des premières phrases simples, puis complexes. On précisera également le niveau de compréhension de l'enfant (compréhension d'une consigne orale simple, puis complexe), compréhension de la topologie (dans, sur/sous, devant/derrière). On notera également si l'enfant a présenté une phase de stagnation ou de régression du langage.
- **pour le domaine des habiletés sociales et la communication**, on précisera à quel âge ont été notés les premiers sourires réponses, la qualité du contact oculaire, l'attention conjointe (c'est-à-dire si l'enfant regarde ce que l'adulte lui montre avec le doigt), la réaction à son prénom, la peur de l'étranger, le pointage proto-impératif (pour obtenir quelque chose) et protodéclaratif (où l'enfant montre avec le doigt quelque chose qui l'intéresse pour attirer l'attention de l'adulte), l'apparition des gestes sociaux (bravo, au revoir), puis les jeux de faire semblant (dînette, poupée...), les interactions sociales avec les autres enfants, puis l'accès au second degré. On appréciera si l'enfant peut attendre son tour dans un jeu à plusieurs.
- **pour le domaine du raisonnement**, on précisera si l'enfant a acquis la notion de permanence de l'objet (il retrouve un objet que l'on vient de cacher devant lui), puis le concept de « même », la notion des couleurs, puis s'il est capable de réaliser une activité de tri selon la couleur ou la forme, puis de catégorisation.
- **pour le domaine des apprentissages scolaires**, on précisera si l'enfant est rentré dans la lecture (et son niveau, le cas échéant : reconnaissance des lettres, lecture de syllabes, lecture de mots, lecture de phrases, lecture

Évaluation, diagnostic différentiel et bonnes pratiques

Le trouble du développement intellectuel (TDI) concerne plus d'un million de Français et représente une part importante des troubles du neurodéveloppement (TND). Il existe de nombreux outils de diagnostic et d'évaluation du TDI, mais lesquels possèdent les qualités psychométriques et cliniques nécessaires à l'examen particulier des enfants et des adolescents ?

Ce livre fait le point sur l'actualité clinique et diagnostique du TDI et dresse un panorama des tests les plus pertinents pour son évaluation. Il présente :

- **Les fondements théoriques et concepts (modèles développementaux, classifications diagnostiques, évaluation fonctionnelle du développement cognitif et des troubles associés) ;**
- **Les principaux outils de l'évaluation multidimensionnelle ;**
- **Des vignettes cliniques issues de l'expérience des auteurs.**

Mieux connaître le fonctionnement des personnes avec TDI en utilisant des outils multidimensionnels adaptés est la clé d'un accompagnement de qualité.

• **ROBERT VOYAZOPOULOS** est psychologue de l'enfance et de l'adolescence, membre fondateur et co-directeur de l'Association de Psychologie et Psychopathologie de l'Enfant & l'Adolescent (APPEA) à Paris.

• **NATHALIE TOUIL** est neuropsychologue au Centre Ressources Autisme Rhône-Alpes et spécialisée dans les diagnostics complexes des TND.

• **AUORE CURIE** est neuropédiatre au Centre de référence Déficience Intellectuelle de causes rares de l'Hôpital Femme Mère Enfant aux Hospices Civils de Lyon.

• **VINCENT DES PORTES**, le préfacer, est chef de service de neuropédiatrie de l'Hôpital Femme Mère Enfant aux Hospices Civils de Lyon.

Retrouvez des + en ligne :

- Vignettes cliniques bonus
- Bibliographie et ressources complémentaires

**DANS
LA MÊME
COLLECTION**



34,90€

ISBN : 978-2-8073-6462-2



deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com