



Hélène Andrzejwski

Psychologue clinicienne

L'utilisation des tests d'efficacité intellectuelle en clinique du handicap visuel

- 10 minutes de lecture

Je travaille comme psychologue clinicienne au sein de l'association l'ADPEP 64 dans un CMPP depuis 2006 (85% de mon activité) et dans un SESSAD Déficients Visuels (DV) depuis 2013 (15%).

Le SESSAD est un service d'éducation spécialisé et de soins à domicile, constitué d'une équipe pluridisciplinaire qui dispense un accompagnement sur les lieux de vie de l'enfant, ce qui concerne en particulier la scolarisation d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

L'admission au SESSAD s'effectue sur orientation de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.

La file active de notre SESSAD DV est de 7 enfants, le suivi est longitudinal. Il concerne des enfants souffrant de déficience visuelle selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la classification internationale du handicap (CIH2).

Dans le cadre de ma pratique en SESSAD DV, je me suis demandé comment je pouvais tester mes patients sachant qu'il n'existe pas de matériel adapté aux personnes présentant une déficience visuelle ou de la cécité.

Ayant une pratique régulière des tests (WAIS, WISC, WPPSI) au CMPP, je suis familiarisée avec ces outils qui permettent de repérer les ressources et les fragilités de l'enfant dans un contexte standardisé et singularisant. J'ai donc décidé d'utiliser ces derniers comme support à ma compréhension globale de l'enfant. Dans ce cadre, j'utilise l'ensemble des 15 subtests en fonction des possibilités de l'enfant.

En effet, à la déficience visuelle (fonction et structure organique) s'ajoute un contexte toujours personnel et unique constitué, d'une part, par les facteurs inhérents à la personne et, d'autre part, les facteurs inhérents à son environnement. L'analyse de cet environnement tant humain que matériel permet de mettre en évidence les éléments facilitateurs et les obstacles.

C'est dans ce contexte d'analyse globale qu'intervient l'utilisation du test d'efficacité intellectuelle qui permet de situer l'enfant par rapport à son groupe de pairs. Il s'agit aussi de repérer sa singularité en percevant ses

points forts et ses points faibles. Parallèlement, dans l'analyse des différences significatives, il convient d'objectiver la mise en place d'outils de médiation dans l'environnement scolaire et, si possible, d'envisager des hypothèses de diagnostic différentiel (dyspraxie visuo-constructive, trouble attentionnel, surcharge cognitive, trouble neurovisuel...).

Pour moi, l'enjeu est de répondre de la façon la plus adaptée à l'enfant et sa famille en proposant un espace de soutien psychologique dès l'annonce de l'atteinte visuelle puis de son intégration par le patient et par sa famille. Simultanément, une phase de bilans standardisés permet d'avoir une analyse plus objective.

Ces différents moyens ont pour vocation de soutenir l'investissement de l'enfant et des parents dans la « réadaptation » de l'enfant, afin qu'il puisse être autonome sans surcharge cognitive ni décrochage scolaire, et qu'il préserve ou construise une estime de lui-même satisfaisante.

Par ailleurs, les maladies sous-jacentes peuvent être d'une complexité génétique importante ou peuvent être évolutives, ce qui ajoute une dimension anxiogène aux processus, car les réponses ne sont jamais certaines ni définitives et les pronostics peuvent être douloureux. Au-delà du handicap se posent d'autres questions abyssales pour les enfants et pour la famille.

Les résultats au WISC-V ou à la WPPSI-IV mettent en évidence des tendances communes au DV en lien avec le handicap visuel, et des divergences qui indiquent une possibilité d'effectuer des hypothèses différentielles concernant des difficultés cognitives spécifiques ou, plus profondément un trouble neurodéveloppemental.

Dans la phase de tests, je peux également proposer à l'enfant, selon sa vision, d'effectuer un test projectif ou des dessins. Il peut également utiliser des jeux non spécifiques aux DV et répondre à quelques questions dans le cadre d'entretiens semi-directifs.

La cécité ou la déficience visuelle entraîne des répercussions sur tous les aspects de la vie quotidienne, qu'il s'agisse des soins ou de la satisfaction des besoins quotidiens, de l'apprentissage, des loisirs, des voyages/déplacements ou des relations avec les pairs.

Pour un enfant aveugle, je peux utiliser les épreuves verbales des tests ce qui, dans un contexte global, permet de se rendre compte de certaines potentialités ou, au contraire, de difficultés.

Par exemple, un enfant à haut potentiel intellectuel peut obtenir des scores très élevés aux épreuves verbales de l'ICV, à l'Arithmétique, à l'IMTA. Objectiver ses performances permet d'expliquer l'importance de la mise en place des outils de compensation adaptés pour que l'enfant s'engage dans un vrai travail d'apprentissage ou intellectuel. L'enfant doit utiliser son potentiel et le développer plutôt que de perdre son énergie dans une compensation expérimentale que l'équipe enseignante ou même les professionnels rééducateurs ne perçoivent pas. Aussi, c'est lui permettre de mieux comprendre comment il fonctionne en dehors de son handicap visuel.

Pour les enfants déficients visuels sans cécité, on peut envisager de passer toutes les épreuves à condition que le format soit adapté aux capacités visuelles de l'enfant et qu'il n'impacte pas la standardisation (il ne doit pas provoquer en lui-même un ralentissement sur les épreuves chronométrées).

Plus généralement, la déficience visuelle impacte les coordinations visuomotrices et l'on observe une chute des résultats importante à l'Indice de Vitesse de Traitement (IVT), la fatigabilité est au premier plan. Selon les enfants, lorsque la fatigabilité apparaît, nous identifions des bâillements, de l'instabilité motrice et des stratégies spontanées pour maintenir l'attention (stratégies pas toujours adaptées à l'environnement scolaire ; instabilité motrice, commentaires à voix haute).

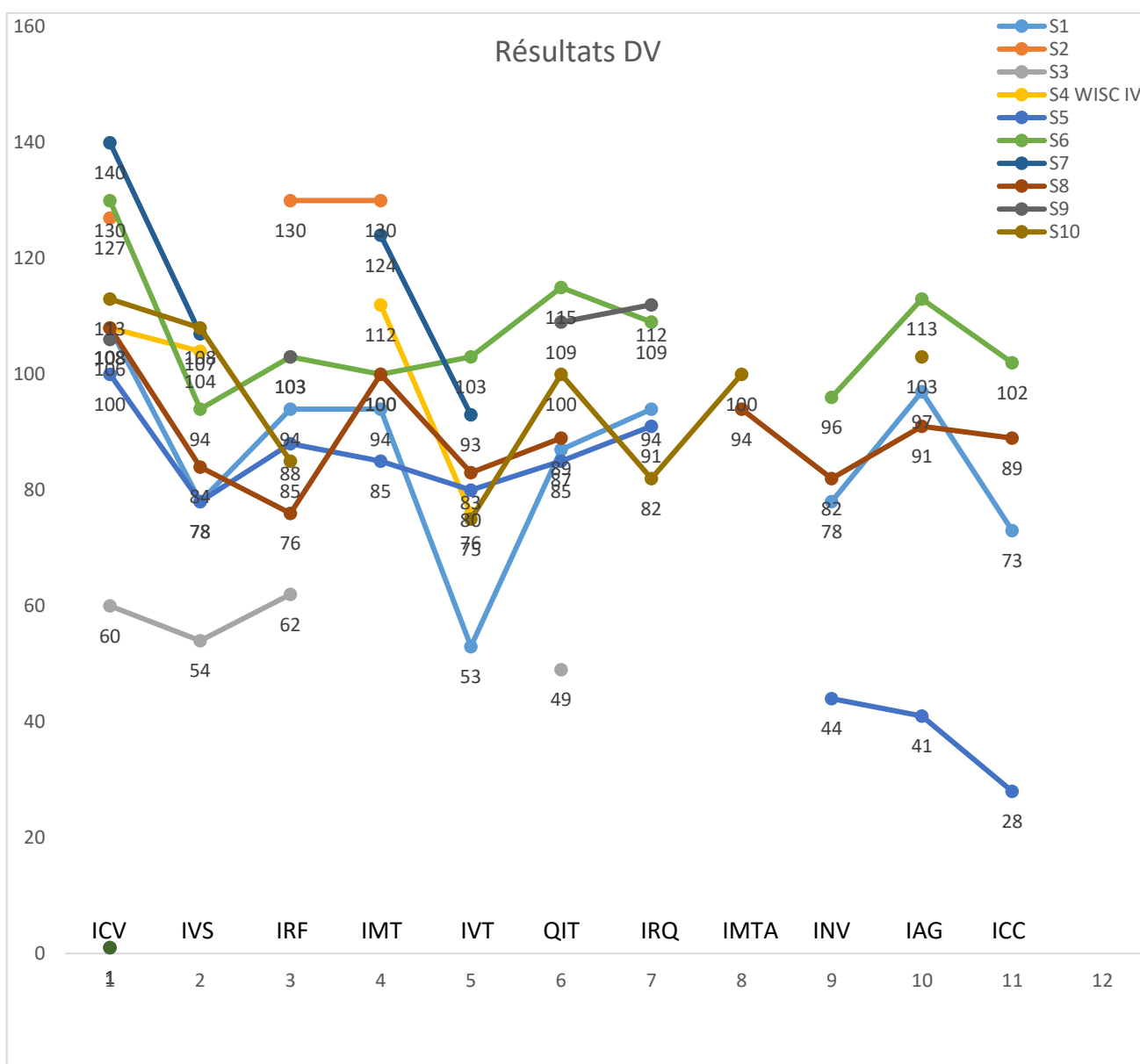
Le score de l'IVT se situe le plus souvent à un niveau « significativement » plus faible que le score de l'ICV, de l'IRF, de l'IVS ; une perte de plus de 30 points semble fréquente.

On observe également un fléchissement des résultats entre l'ICV et l'IVS entre 10 et 30 points.

Ces observations montrent l'écart de performance lié au handicap visuel lors des épreuves qui mettent en jeu ce type de compétences (prise de l'information visuelle, coordination visuomotrice, balayage visuel, discrimination visuelle) très sollicitées dans la vie quotidienne et en particulier dans le milieu scolaire ou les apprentissages.

Aussi, malgré deux ans de rééducation psychomotrice ou orthoptique les difficultés de ce type (motricité fine liée à l'écriture, coordination visuo-motrice, balayage visuel) ne s'améliorent pas significativement. Préparer l'enfant à l'utilisation des outils de compensation qui permettent de prendre l'information visuelle ou d'écrire de façon plus fluide ou rapide est une priorité. Selon les situations, l'enfant doit commencer à être prêt à utiliser l'outil informatique à l'entrée au collège.

En général, les résultats sont plutôt homogènes entre l'ICV, l'IRF et l'IMT sauf si difficultés associées.



Lorsque l'échelle visuo spatiale est dans la moyenne et que l'Indice de Raisonnement Fluide est chuté, on peut faire l'hypothèse que cette chute n'est pas liée au handicap visuel. Un Indice de Raisonnement Fluide chuté pour l'enfant associé à une faiblesse de l'Indice de Raisonnement Quantitatif peut orienter vers une demande de bilan logico mathématique avec l'hypothèse de difficultés de type dyscalculie (**sujet 10**¹).

Aussi, nous pouvons nous questionner lorsqu'une chute (qui paraît significative >15 points par rapport à ICV) de l'IVS est associée à une chute de l'IRF et que le subtest Arithmétique reste dans la moyenne.

Dans ce cas, on peut imaginer des difficultés de type dyspraxie visuospatiale pas nécessairement liées à la déficience visuelle (**sujet 8**).

Pour évaluer une déficience intellectuelle associée, les scores seront globalement faibles (aux alentours de 60) avec des écarts de plus de 10 points avec les échelles qui mettent en jeu les capacités visuelles (IVS, IVT) (**sujet 3**).

Aussi, on peut se rendre compte que l'enfant possède des difficultés en mémoire de travail auditive ce qui va compliquer ses apprentissages. Une mémoire de travail auditive chutée va compliquer la prise d'information en classe. L'enfant ne pourra pas « compenser » ses difficultés visuelles via ce canal.

Ces éléments permettent également d'adapter au mieux les supports pédagogiques ou de permettre à l'enfant d'améliorer ses performances dans les apprentissages en utilisant sa mémoire de travail de façon adaptée par rapport à son profil.

Comme au CMPP, ces bilans peuvent permettre de compléter l'ensemble des observations faites par les parents, l'école, la famille et de proposer un accompagnement le plus adapté possible.

Le **sujet S1** présente une forme exacerbée d'un profil d'enfant avec déficience visuelle en ce sens que l'IVT est encore plus chuté que pour les autres sujets DV. On voit nettement la chute entre l'ICV et l'IVS, puis une remontée à l'IRF, un plateau entre l'IRF et l'IMT puis une chute importante entre l'IMT et l'IVT... Le sujet S1 souffre d'une autre maladie qui induit une hypotonie musculaire qui impacte la motricité.

Le **sujet S2** est aveugle de naissance ; il obtient 16 à Similitudes (98²), 14 à Vocabulaire (91), 12 à Information (75) et 18 à Compréhension (99.6). L'IRF est représenté par une seule note, Arithmétique où il obtient 17 (99) et l'échelle de mémoire de travail est représentée par le subtest Mémoire des chiffres 16 (98). Avec ces résultats et les éléments cliniques, nous pouvons faire une hypothèse de profil Haut Potentiel Intellectuel (HPI).

Le **sujet 3** âgé de 4 ans au moment des tests avait un comportement inadapté à l'école, l'équipe enseignante observait un décalage avec les enfants de son âge et une souffrance émotionnelle marquée. Le bilan psychologique complet (entretiens, jeux, dessins, WPSI-IV, comportement + point niveau scolaire) a permis de mettre en évidence un retard important (pas exclusivement lié à la déficience visuelle) et une orientation vers un hôpital de jour.

Le **sujet S7** semble également présenter un profil HPI.

Le **sujet 9** subit une perte de vision récente liée à la neuropathie de Leber, impossible de faire passer le subtest Puzzles avec ou sans télé agrandisseur du fait d'une prise des informations visuelles trop laborieuse. On observe une très bonne mémoire auditive qui peut être utilisée lors des apprentissages.

Le **sujet 10**, le bon niveau observé à l'IVS permet de penser que la chute à l'IRF est plus liée à une problématique de raisonnement arithmétique qu'à une difficulté liée à la déficience visuelle. En effet, les subtests Balances et Matrices sont significativement chutés. Peut-être, prévoir un bilan logico-mathématique.

¹ Cf. graphique

² Rang percentile (98).