**1.3 L’examen psychologique des enfants IMC :**

**1.3.1 La problématique de l’évaluation :**

L’évaluation psychologique des enfants IMC pose à la fois des problèmes théoriques et pratiques.

Des problèmes théoriques d’abord concernant la nature des fonctions évaluées ; en effet, qu’évalue-t-on exactement en essayant d’apprécier le fonctionnement cognitif sans avoir recours à la motricité, en particulier quand il s’agit de l’intelligence sensori-motrice.

Cette évaluation pose également des problèmes pratiques : comment apprécier l’efficience réelle de l’enfant malgré son handicap ; comment, grâce à cette évaluation, faire bénéficier l’enfant d’une éducation adaptée à ses possibilités réelles sans risquer une sous-stimulation et une hyperprotection ou au contraire le mettre face à des échecs répétés liés à la proposition de tâches impossibles pour lui.

Le handicap moteur rend l’évaluation difficile car il suscite chez l’observateur comme dans le milieu familial des réactions affectives soit réparatrices soit de rejet qui risquent de donner une surestimation ou une sous-estimation des possibilités de l’enfant.

Ces réactions doivent être analysées au cours de la passation et de l’interprétation des résultats. Par ailleurs, de nombreuses épreuves (en particulier les épreuves de performance) sont inadéquates pour évaluer l’enfant IMC car elles accordent une certaine importance à la motricité.

L’objectif de l’évaluation sera de faire un diagnostic différentiel en distinguant avec certitude les IMC dont l’intelligence est normale des déficients mentaux qui ont des troubles moteurs associés afin de pouvoir préciser les possibilités thérapeutiques.

La précocité du diagnostic est un facteur important de réussite, car plus une rééducation est entreprise tôt, meilleurs seront les résultats.

**1.3.2 Les difficultés liées à l’évaluation psychologique dans la petite enfance**

C’est à cet âge que le diagnostic est le plus important, c’est aussi à cet âge qu’il est le plus difficile de reconnaître le handicap et surtout de porter un pronostic.

Il existe une évolution spontanément positive : à 4 ans, la plupart des enfants qui présentaient des signes neurologiques à 1 an n’en présentent plus.

Les baby-tests gardent leur intérêt malgré les problèmes d’application à cette population particulière.

L’interprétation des résultats est difficile, les baby-tests sont en effet, un bon outil de diagnostic mais un mauvais outil de pronostic sauf en cas de retard marqué ; en d’autres termes, ils ne renseignent pas sur l’intelligence future mais fournissent un constat à un moment donné permettant de comparer aux enfants du même âge.

Ils permettent également le recueil d’informations auprès de la famille, l’observation du comportement de l’enfant seul et dans son milieu ainsi qu’une comparaison avec des données recueillies auprès d’autres spécialistes.

**1.3.3 Les caractéristiques de l’évaluation à l’âge préscolaire et scolaire :**

Dans ce groupe d’âge, on peut utiliser les tests habituels avec un minimum d’adaptation.

Dans le cas où l’atteinte motrice est sévère, on peut appliquer l’échelle de maturité mentale de Columbia (Burgemeister, Hollander Blum, & Lorge, 1965) utilisable de 4 à 11 ans, conçue spécifiquement pour être appliquée aux IMC et qui bénéficie d’un étalonnage français.

Elle ne fait pas appel au langage et requiert un minimum d’activité motrice. On a donc à faire ici à des activités mentales très spécifiques au contraire des épreuves présentées au chapitre 1 avec lesquelles on évalue une intelligence globale.

Cette épreuve comporte cent planches avec sur chacune d’elles 3, 4 ou 5 représentations de figures géométriques, de personnes, d’animaux ou d’objets de la vie courante. L’enfant est invité à montrer « le dessin qui ne va pas avec les autres », la tâche est d’abord strictement perceptive puis se complique et exige la découverte d’un principe d’organisation des dessins qui permet d’en exclure un et un seul et nécessite le recours à la catégorisation.

On peut aussi interroger l’enfant sur les raisons qui l’ont conduit à donner sa réponse. La cotation permet d’obtenir un âge mental et un QI.

Une autre épreuve adaptée aux enfants IMC est le Leiter ou LIPS (Leiter International Performance Scale ou en français Échelle de Performance internationale de Leiter). Elle est applicable aux enfants de 2 à 12 ans qui ne parlent pas et n’ont pas une bonne motricité fine.

Elle est basée sur des séries de cubes, que le sujet doit placer sur un présentoir à partir d’une situation inductrice. Elle comporte des épreuves de discrimination de formes, d’objets, de nombres, des épreuves de sériation, d’appariement, d’assemblage et de complètement d’images.

En cas d’atteinte sévère, l’examinateur peut lui-même manipuler le matériel sur les indications de l’enfant.

Quelle que soit l’épreuve utilisée, il ne faudra pas s’en tenir aux scores globaux mais étudier le profil des compétences et des déficits spécifiques de l’enfant.

**1.3.4 Les problèmes liés à l’évaluation chez le préadolescent et l’adolescent :**

Il s’agit ici d’évaluer les potentialités, de faire un bilan des acquis et des possibilités d’utiliser les aptitudes dans la perspective d’une insertion sociale et professionnelle. Une évaluation des connaissances scolaires avec des tests de niveau scolaire devrait être pratiquée. Il s’agit ensuite d’examiner les problèmes liés à une scolarité adaptée et aux débouchés professionnels possibles.

**Le niveau intellectuel des enfants IMC :**

Nous avons vu précédemment que malgré la distinction opérée dans la définition initiale de l’IMC entre sujets atteints de troubles moteurs et d’intelligence normale et sujets déficients mentaux atteints de troubles moteurs, les travaux récents montraient que près d’un enfant IMC sur deux présentait une déficience intellectuelle plus ou moins grave, mais comme nous l’avons déjà souligné, l’hétérogénéité du profil est de règle.

De même que cela a été évoqué plus haut à propos des déficits sensoriels associés, la gravité des troubles moteurs tend à occulter des difficultés d’un autre ordre.

L’efficience intellectuelle semble être en relation avec la nature et la localisation de l’atteinte sans que des données systématiques soient rapportées dans les travaux consultés qui peuvent d’ailleurs être contradictoires.

Ainsi, les sujets hémiplégiques étudiés par de Barbot (1993) obtiennent un QI supérieur à 80 dans 50 % des cas. Pour Dague et al. (1973, cité par Grobois), les deux tiers des enfants IMC ont un QI inférieur à 80. Restent environ 25 % des enfants IMC qui ont un niveau intellectuel normal ou supérieur et dont les possibilités intellectuelles ne doivent pas être masquées par des difficultés motrices en général au premier plan.

Il est également logique de constater une relation entre un QI faible et des IMC associées à une épilepsie. Enfin, compte tenu du handicap moteur, il n’est pas inattendu de trouver des différences importantes entre QI verbal et QI performance au WISC, en faveur du premier quand le langage n’est pas affecté.

Le problème de la stabilité des QI a été posé par plusieurs auteurs qui se sont demandés si les faibles QI des IMC étaient directement fonction des lésions cérébrales initiales ou s’ils ne résultaient pas pour une part d’un retard général de développement. Dans ce cas, le QI évoluerait avec l’âge.

Les évaluations successives semblent indiquer que les QI les plus faibles et les plus élevés sont plus stables que les QI intermédiaires mais des variations individuelles importantes peuvent être observées. Ce sont donc ces enfants qui progresseraient plus lentement.

Des différences de niveaux et de profils dans les épreuves d’intelligence ont été recherchées entre les différents groupes d’IMC. Elles n’ont pu être mises en évidence, confirmant par là l’extrême hétérogénéité des sujets à l’intérieur de chacun des groupes.

**1.3.5 L’organisation spatiale :**

Bien qu’il n’y ait pas de relation directe et obligatoire entre troubles moteurs et organisation spatiale, la plupart des travaux déjà cités évoquent des déficits dans cette fonction instrumentale chez la plupart des enfants IMC.

L’évaluation de cette fonction est importante car elle intervient dans l’acquisition du nombre, de la lecture et du raisonnement logique ; on peut en faire une estimation à partir de la reproduction de figures géométriques comme la figure de Rey (figure complexe sans signification que l’on demande au sujet de copier puis de reproduire de mémoire ; Rey, 1950) ou le Bender (le sujet doit recopier cinq figures sans signification ; Zazzo, 1969).

Plusieurs attribuent ce déficit à un mauvais traitement des informations visuelles et à de médiocres stratégies perceptives, la fréquence des troubles visuels associés, déjà évoquée, peut également être en cause.

**1.3.6 La structuration du schéma corporel :**

L’activité corporelle intervient dans la construction du schéma corporel, de l’espace et de la conscience de soi qui peuvent être perturbés. L’enfant peut en effet avoir des difficultés à se représenter un corps unifié compte tenu du dysfonctionnement de certains segments corporels.

Pour une évaluation dans ce domaine, on peut appliquer les épreuves de Head où il s’agit de reproduire des mouvements impliquant la main droite ou gauche positionnée sur l’oeil ou l’oreille indiqués sur une figure schématique.

D’autres épreuves comme le test d’imitation de gestes de Bergès et Lézine (1963) ou le dessin du bonhomme peuvent également être applicables.

L’épreuve de schéma corporel (révisée) de Meljac, Fauconnier et Scalabrini (2010) permet d’apprécier les aspects cognitifs du schéma corporel (la représentation que l’on se fait de son corps) en éliminant les aspects les plus moteurs des épreuves (comme par exemple la reconstitution d’un personnage).

Si globalement les auteurs constatent des retards chez les enfants IMC, les différences individuelles sont importantes compte tenu du fait, déjà évoqué par ailleurs, que « des enfants spastiques » ne constituent pas un groupe homogène dans la mesure où la localisation et l’étendue des lésions ne sont pas comparables d’un sujet à l’autre.

L’explication que les auteurs donnent des retards n’est pas univoque, il s’agirait soit d’un déficit de l’intégration practognosique (la connaissance des praxies, des gestes), soit encore du caractère lacunaire et anarchique des sensations extéroceptives ou enfin d’un retard de maturation des fonctions sensorielles.

En tout cas, l’enfant IMC aurait une représentation de son corps différente de celle de l’enfant tout-venant. Celle-ci est également différente d’un enfant IMC à l’autre du fait de la diversité des troubles.

**1.3.7 Le développement moteur:**

Ce développement est à la fois retardé et atypique. Au cours de la première année, on peut observer des retards dans la mise en place des grandes fonctions (comme la station assise ou la préhension) ainsi qu’une persistance tardive des réflexes archaïques.

Il s’agit des comportements réflexes que présente le nouveau-né, comme la marche automatique ou le réflexe de Moro qui témoignent d’un certain niveau de maturation neuromotrice, la plupart disparaissent dans les semaines qui suivent la naissance.

Par la suite, les grandes étapes du développement moteur seront franchies ou non, plus ou moins lentement en fonction de la nature, du degré de l’atteinte et des mesures éducatives et thérapeutiques mises en place. Le développement moteur pourra conserver des caractéristiques atypiques par rapport à celui de l’enfant tout-venant comme des conduites de préhension réalisées avec la main crispée ou d’autres encore où l’ouverture de la bouche remplacera celle de la main, impossible.

Certains IMC peuvent acquérir la marche à l’adolescence, d’autres à un âge voisin de l’âge normal comme certains hémiplégiques (vers 18 mois). Certains diplégiques peuvent acquérir la marche entre 2 et 4 ans, il s’agira d’une marche sautillante sur la pointe des pieds et l’enfant pourra courir mieux qu’il ne marche.

**1.3.8 La personnalité des enfants IMC :**

Aucun trait de personnalité propre à l’enfant IMC n’a été relevé dans la littérature. Ce qui peut être relié à la nature congénitale du handicap.

Le jeune handicapé ignore, tout au moins dans les toutes premières années, ce que peut être un enfant valide et ne peut établir de référence dévalorisante.

Son comportement et sa vie quotidienne s’organisent avec le handicap. Certaines caractéristiques comme l’anxiété, l’hyperémotivité ont cependant été relevées et semblent plus fréquentes que dans la population générale.

Les enfants IMC sont souvent de bon contact, ont le désir de bien faire et de communiquer. Une lenteur dominante les caractérise cependant.

Ils ont parfois un mauvais contrôle des émotions (rire et larmes faciles), des tendances dépressives et parfois agressives surtout au moment de la puberté où l’enfant prend conscience des conséquences affectives et sociales de sa déficience.

Ils manifestent souvent et logiquement des réactions d’opposition aux rééducations et à la multiplicité des interventions.