



Étude descriptive de l'évaluation de comorbidité psychiatrique en déficience intellectuelle adulte

A Descriptive Study on Assessing Psychiatric Comorbidity in Developmental Disability Adulthood

Anick Brisson, Michel Bolduc et Colette Jourdan-Ionescu

Volume 25, 2014

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1028213ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1028213ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue francophone de la déficience intellectuelle

ISSN

1929-4603 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Brisson, A., Bolduc, M. & Jourdan-Ionescu, C. (2014). Étude descriptive de l'évaluation de comorbidité psychiatrique en déficience intellectuelle adulte. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 25, 5–22. <https://doi.org/10.7202/1028213ar>

Résumé de l'article

Cet article exploratoire discute de l'apport de l'examen cognitif dans l'évaluation de comorbidité psychiatrique en déficience intellectuelle (DI), comme le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). Treize adultes (deux avec DI et TDA/H en comorbidité et onze avec DI sans TDA/H) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec sont évalués sur dix domaines cognitifs. Les résultats sont en partie déficitaires, avec une variabilité intra-sujet. Malgré la petite taille de l'échantillon, les difficultés cognitives des participants adultes avec DI et TDA/H ne semblent pas plus importantes que celles de participants sans TDA/H. En conclusion, l'évaluation cognitive d'adultes DI apparaît pertinente qualitativement, mais discutable quantitativement. Les limites de cette étude exploratoire et les directions futures sont également discutées.

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE L'ÉVALUATION DE COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ADULTE

Anick Brisson, Michel Bolduc et Colette Jourdan-Ionescu

Cet article exploratoire discute de l'apport de l'examen cognitif dans l'évaluation de comorbidité psychiatrique en déficience intellectuelle (DI), comme le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). Treize adultes (deux avec DI et TDA/H en comorbidité et onze avec DI sans TDA/H) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec sont évalués sur dix domaines cognitifs. Les résultats sont en partie déficitaires, avec une variabilité intra-sujet. Malgré la petite taille de l'échantillon, les difficultés cognitives des participants adultes avec DI et TDA/H ne semblent pas plus importantes que celles de participants sans TDA/H. En conclusion, l'évaluation cognitive d'adultes DI apparaît pertinente qualitativement, mais discutable quantitativement. Les limites de cette étude exploratoire et les directions futures sont également discutées.

Plusieurs auteurs (Ionescu, 2003; Radouco-Thomas, Brisson, Bolduc, Brassard, Lamothe, Trépanier et Ripoel, sous-presse; Reiss, 1990) notent que la présence des troubles mentaux est plus élevée chez la population ayant une déficience intellectuelle (DI)¹. Nous reconnaissons alors que l'évaluation diagnostique en général — non seulement des troubles mentaux — est complexe chez les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) en raison de l'absence d'outils diagnostiques formels, ce qui mène fréquemment à sous ou surdiagnostiquer certains troubles mentaux. Par conséquent, les études démontrent une grande

variabilité de la prévalence des troubles mentaux chez les personnes ayant une DI, soit entre 20-35 % (Nézu, Nézu et Gil-Weiss, 1992). De façon générale, Fletcher, Loschen, Stavrakaki et First (2007) estiment la présence de troubles psychiatriques en DI entre deux à quatre fois plus importante que dans la population générale.

Des éléments viennent complexifier l'évaluation des troubles mentaux en DI : (a) le chevauchement des pathologies² (Lussier et Flessas, 2009), (b) les déficits en compréhension verbale (langage expressif et réceptif) généralement rencontrés chez cette population (Sovner et Lowry, 1990) et, (c) la présence d'ombrage diagnostique, « diagnostic overshadowing » (Reiss, 1990). Ce dernier élément permet d'illustrer que le fait d'avoir un diagnostic de DI peut cacher la présence de symptômes s'apparentant à de la maladie psychiatrique (Fletcher et al., 2007; Reiss, 1990).

Récemment, Fletcher et al. (2007) ont publié une adaptation des critères diagnostiques du DSM-IV

Anick Brisson, psychologue et neuropsychologue, Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) et Université du Québec à Trois-Rivières, adresse électronique : anick.brisson@institutmq.qc.ca; Michel Bolduc, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ); Colette Jourdan-Ionescu, professeure, Université du Québec à Trois-Rivières.

¹L'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD (2010) utilise le terme «déficience intellectuelle» ou «DI» qui a une signification similaire au terme «Intellectual disability» ou «ID» (APA, 2013, p. 41).

²Coexistence d'un trouble de comportement, d'un déficit cognitif et d'une problématique affective.

pour la population DI — le *Diagnostic Manual - Intellectual Disability: A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability, DM-ID* — afin d'augmenter la fidélité des diagnostics psychiatriques, et par conséquent, améliorer les résultats découlant d'un traitement plus approprié. De plus, cet outil permet de faire un état de situation sur les connaissances en lien avec les symptomatologies psychiatriques telles que rencontrées en DI. Carr, O'Reilly, Walsh, Noonan et McEvoy (2007) et Stavrakaki (2002) proposent un exercice similaire à celui de Fletcher et al. (2007) sur l'évaluation de l'état mental d'une personne ayant une DI à partir des critères diagnostiques de certains troubles mentaux.

Il est également reconnu que la présence de troubles psychiatriques puisse contribuer à altérer le fonctionnement cognitif des individus adultes ayant une DI (Griffiths, Stavrakaki et Summers, 2002). Summers, Stavrakaki, Griffiths et Cheetam (2002) exposent la pertinence de procéder à une évaluation psychologique des personnes avec une DI, notamment avec les tableaux cliniques complexes ou devant la nécessité d'avoir de l'information objective et valide. Les auteurs présentent également les propos de Hurley (1989) qui suggèrent que les tests d'intelligence tiennent une place importante dans l'évaluation psychiatrique. Toutefois, ce sujet est à ce jour peu documenté en regard des méthodes d'évaluation cognitive. À cet effet, nous ne connaissons aucun ouvrage de référence qui traite des conduites d'évaluation des déficits cognitifs acquis et surajoutés à la DI et/ou balises d'interprétation.

L'*Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, antérieurement *American Association on Mental Retardation*, AAMR) propose depuis 1992 un modèle explicatif multidimensionnel. Les avantages à comprendre la nature multidimensionnelle de la DI sont, entre autres, d'offrir une conception solide pour différencier les personnes avec une DI de celles avec un retard de développement et de reconnaître que les manifestations de la DI évoluent de façon dynamique et réciproque entre les habiletés intellectuelles, le comportement adaptatif, la santé, le contexte et le soutien individualisé (Schalock et al., 2010, 2011; Carr et al., 2007). Selon l'*American*

Psychiatric Association (APA, 2000), le taux de prévalence de la DI est estimé aux environs de 1 % de la population générale, avec des variations dépendamment des définitions, des méthodes d'évaluation utilisées et des populations étudiées. Carr et al. (2007) présentent une prévalence totale de 3 à 4 % de la population générale.

Les principaux facteurs prédisposants sont : l'hérédité (environ 5 %), des altérations précoces du développement embryonnaire (environ 30 %, p. ex. les atteintes prénatales d'origine toxique), des influences environnementales, des problèmes au cours de la grossesse et problèmes périnataux, et des maladies somatiques générales contractées dans la première ou la deuxième enfance (DSM-IV-TR, APA, 2000). Selon l'APA (2000), aucune étiologie précise ne peut être retrouvée dans environ 30 à 40 %. Tel que nous l'avons déjà évoqué, la prévalence de troubles mentaux en comorbidité semble de trois à quatre fois plus élevée chez les personnes ayant une déficience intellectuelle que dans la population générale (APA, 2000).

Schalock et al. (2010, 2011) définissent la déficience intellectuelle comme une limitation significative du fonctionnement intellectuel concomitante à une limitation significative du fonctionnement adaptatif observée dans les habiletés conceptuelles, pratiques et sociales. Ces limitations doivent être survenues avant l'âge de 18 ans. Comme stipulé dans la nouvelle version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, APA, 2013), la déficience intellectuelle est un trouble neurodéveloppemental³, les déficits doivent donc apparaître à l'intérieur de cette période développementale. Le Tableau 1 présente les critères diagnostiques de la DI en fonction des différents ouvrages diagnostiques reconnus.

Si dans ces définitions nous pouvons retrouver des indications sur le quotient intellectuel (QI)

³Terminologie tirée du DSM-5 (*Neurodevelopmental Disorders*) (APA, 2013).

Tableau 1

Synopsis des définitions actuelles de la déficience intellectuelle

Ouvrage	Fonctionnement intellectuel	Fonctionnement adaptatif	Chronologie
<i>DSM-IV TR</i> (APA, 2000)	QI < 70 ^a	Altération significative de 2/10 des secteurs du fonctionnement adaptatif.	Début avant l'âge de 18 ans.
AAIDD 11 th (Shalock et al., 2010/2011)	QI < 70 ± 5 ^b	Altération significative de 1/3 des domaines d'habiletés adaptatives ou du résultat global.	Début avant l'âge de 18 ans.
<i>DSM-5</i> (APA, 2013)	QI < 70	Altération significative à au moins un des domaines de fonctionnement adaptatif – conceptuel, social ou pratique	Début durant la période de développement.

Note : Les déficits des fonctionnements intellectuel et adaptatif doivent être présents de façon concomitante.

^a Le niveau de quotient intellectuel (QI) est de 70 ou au-dessous,

^b Le QI est approximativement à deux écarts-types sous la moyenne, et considère l'erreur de mesure,

relativement similaires (c'est-à-dire approximativement à deux écarts-types sous la moyenne⁴), le critère de limitation du fonctionnement adaptatif — présent dans les ouvrages de référence de l'APA (1994, 2000, 2013³) et de Schalock et al. (2010/2011) — ne se mesure plus sur les mêmes regroupements de variables⁵. Mentionnons que les critères du *DSM-IV-TR* (2000) avaient été développés en concordance avec la définition de l'AAMR 9^e (Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell et al., 1992). Actuellement, les travaux de révision de l'APA pour le DSM-5 indiquent que le deuxième critère sera conforme à celui de Schalock et al. (2010/2011), par souci de consistance (APA, 2013).

Bien que les critères diagnostiques de la déficience intellectuelle soient maintenant plus clairs, des zones d'ombres demeurent. Les définitions de la

déficience intellectuelle de l'AAIDD et du DSM suggèrent toujours de se baser sur le quotient intellectuel (QI) global pour s'assurer de satisfaire le premier critère : « fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne » (APA, 2013, p.37). Cependant, nous observons actuellement que l'interprétation du fonctionnement intellectuel se fait davantage sur le QI global, avec fréquemment une présentation des QI verbaux et de performance – lorsqu'ils sont disponibles dans le test utilisé. L'*Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultestm, quatrième édition, Version pour francophones du Canada* (WAIS-IV^{CDN-F}, 2010) propose maintenant un score global et un score aux quatre échelles (compréhension verbale, raisonnement perceptif, mémoire de travail et vitesse de traitement de l'information) pour se coller davantage sur les théories actuelles de l'intelligence – l'intelligence est à la fois globale, mais également spécifique puisqu'elle est composée d'éléments ou d'habiletés distinctes les unes des autres – et supportées par la recherche clinique (WAIS-IV, Wechsler, 2008, pp.2-8). De cette manière, l'interprétation faite offre une lecture plus juste du fonctionnement intellectuel, notamment en présence de disparité⁶ et de

⁵La définition de l'AAIDD (2010) suggère que le *fonctionnement adaptatif doit être significativement déficitaire à un des trois domaines* (conceptuel, pratique et social) ou au score global alors que les critères du *DSM-IV-TR* (2000, p. 47) demandent « *une limitation significative du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des dix secteurs d'aptitude* ».

⁶La disparité fait référence à l'écart statistique entre les résultats intra-sujet aux échelles verbale et de performance.

variabilité⁷ statistiquement significatives à l'intérieur du profil cognitif (c'est-à-dire l'étude des comparaisons des divergences). La présence, au profil cognitif, de tels éléments pourraient s'apparenter à de l'hétérochronie⁸, ce qui ne questionnerait pas la possibilité d'un autre trouble (psychiatrique ou autre) couplé à une déficience intellectuelle. Selon Jourdan-Ionescu et Ionescu (1997), la notion d'hétérochronie dénonce concrètement la valeur absolue et mythique du QI. Également, cette notion rejoint une des cinq suppositions de la définition actuelle de la DI selon Schalock et al. (2010, 2011) qui stipule que chez une même personne ayant une DI peuvent cohabiter à la fois des forces et des faiblesses dans des sphères différentes du développement. Finalement, le *DSM-IV-TR* (APA, 2000) nous met en garde sur le fait que le calcul du QI global peut être trompeur pour le diagnostic de DI lorsqu'il existe une nette divergence entre le score verbal et le score de performance.

Selon notre expérience, nous croyons que, chez un adulte avec une DI préalablement objectivée⁹, la présence d'une configuration présentant de la disparité ou de la variabilité entre les résultats pourrait indiquer davantage la présence d'un trouble surajouté — soit psychiatrique ou cognitif — qu'une réelle condition concomitante (Brisson, Bolduc et Jourdan-Ionescu, 2012), à moins que l'évaluation retienne davantage l'hypothèse d'hétérochronie. L'évaluateur compétent dans l'évaluation diagnostique de la déficience intellectuelle se doit donc de bien reconnaître les troubles pouvant suggérer un profil cognitif s'apparentant à ce trouble ou bien reconnaître un patron pouvant laisser croire à un trouble psychiatrique ou cognitif surajouté. Dans ce contexte, un facteur majeur demeure, le jugement clinique, c'est-à-dire cette capacité qu'a l'évaluateur de bien connaître la population et le comportement des tests qu'il utilise afin d'éclaircir toutes les zones d'ombre autour des

difficultés cognitives et adaptatives rencontrées par la personne. Le jugement clinique est basé sur un grand niveau d'expertise clinique et d'expérience. En effet, il est directement en lien avec plusieurs données cliniques et se bâtit sur des apprentissages, de l'expérience et des connaissances spécifiques de la personne (Schalock et al., 2010, 2011).

Le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDA/H)¹⁰ concomitant à la DI est fréquemment rencontré en DI (Carr et al., 2007; Stavrakaki, 2002); le TDA/H est par conséquent fréquemment questionné en clinique spécialisée (Brisson et al., 2012). Le TDA/H peut également être un trouble comorbide et un diagnostic différentiel de la DI (APA, 2000; Brisson et al., 2012; Carr et al., 2007). À titre d'exemple, la prévalence du TDA/H en comorbidité avec la DI se retrouve — selon les ouvrages — de trois à cinq fois plus élevée que dans la population générale adulte (Carr et al., 2007) et s'observerait par la présence de « bougeotte » physique, « bougeotte » des idées, distractivité/inattention et irritabilité/impulsivité sans que cela ne soit diagnostiqué (Jou, Handen et Hardan, 2004). La coexistence de ce trouble avec une DI soulève la possibilité de déficits neurologiques majeurs (Griffiths et al., 2002).

Récemment, Ramsay et Rostain (2011) reprennent la définition de l'APA (1994) selon laquelle le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental qui se caractérise comme un trouble habituellement diagnostiqué pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence. Plusieurs enfants (50 %)¹¹ voient ce trouble se poursuivre à l'adolescence et à l'âge adulte, sans présenter l'ensemble des symptômes ou se manifestant dans des domaines différents de ceux identifiés pendant l'enfance. Toujours selon Ramsay et Rostain (2011), le TDA/H adulte —

⁷La variabilité fait référence aux écarts statistiques entre les résultats intra-sujets aux différents sous-tests qui composent chacune des échelles ainsi qu'aux écarts statistiques entre les différents indices factoriels.

⁸La hiérarchie intra-individuelle des secteurs de développement chez le même individu (Zazzo, 1973).

⁹Diagnostic de DI établi à partir de données provenant d'une évaluation psychologique formelle.

¹⁰Dans la pratique actuelle, le terme — ou acronyme — TDA/H est utilisé pour décrire le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (type mixte). Le terme TDA fait davantage référence au trouble déficit de l'attention (type inattentif).

¹¹Selon Kessler et al. (2005) et Botez-Marquard et Boller (2005).

présent chez près de 4 %¹² de la population — s'explique actuellement à partir des travaux de Barkley. Le TDA/H est décrit comme un trouble qui affecte les fonctions exécutives¹³, s'exprimant ainsi comme un hypofonctionnement de l'autorégulation (Ramsay et Rostain, 2011).

Cohen de Lara et Guinard (2006) ont, quant à eux, réalisé une étude mariant les approches psychodynamique et neuropsychologique. Ils retiennent, chez les enfants diagnostiqués TDA/H, une dysharmonie entre les quotients verbaux et de performance, mais aussi une grande fragilité du fonctionnement psychique, notamment du sentiment de l'identité et des représentations internes.

En général, presque tous les auteurs, même endossant différentes approches, s'entendent sur le fait que les principaux symptômes du TDA/H sont d'ordre neuropsychologique, entre autres, une atteinte des fonctions exécutives (Barkley, 1998) ou un hypofonctionnement frontal (Cohen de Lara et Guinard, 2006). Le Tableau 2 présente une synthèse des cinq conclusions des grandes méta-analyses disponibles à l'heure actuelle sur le fonctionnement cognitif des adultes ayant un TDA/H.

À la lecture du Tableau 2, nous pouvons observer que ces méta-analyses s'intéressent principalement au fonctionnement cognitif des personnes atteintes. De cette synthèse, il nous semble important de retenir qu'il n'existerait pas de consensus sur l'élaboration d'un modèle précis des déficits neuropsychologiques des adultes ayant un TDA/H (Hervey, Epstein et Curry, 2004). Bridgett et Walker en 2006 ont remarqué davantage une variabilité des caractéristiques avec une différence minimale TDA/H sans signification dans le fonctionnement intellectuel général des sujets TDA/H adultes, même si les résultats sont moindres pour les participants avec TDA/H. De plus, Boonstra, Oosterlaan, Sergeant et Buitelaar (2005)

soulèvent un doute quant à l'accent mis sur le fonctionnement exécutif; les difficultés des adultes avec un TDA/H pouvant être en lien avec d'autres habiletés cognitives. Malgré cela, la majorité des auteurs relève que les performances aux tâches d'attention simple (impliquant les habiletés psychomotrices) seraient moins altérées que celles des tâches d'attention complexe (Bálint, Czobor, Komlósi, Mészáros, Simon et Bitter, 2009; Hervey, Epstein et Curry, 2004; Schoechlin et Engel, 2005). Plus récente, la recherche sur les déficits de participants TDA/H adultes ayant une DI de Rose, Bramham, Young, Paliokostas et Xenitidis (2009) montre que les déficits sur le plan de l'attention sélective, divisée et soutenue ainsi que sur la flexibilité mentale et l'inhibition des automatismes seraient plus marqués, tout comme dans la population TDA/H sans DI. Cependant, la présence de tels déficits pourrait également être inhérents à la DI elle-même (Rose et al., 2009).

Pour nos travaux, nous avons expérimenté une méthode d'évaluation à l'aide de tests neuropsychologiques classiques basée sur l'interprétation d'un profil cognitif obtenu dans des contextes de tableaux cliniques comorbides et confondants de la déficience intellectuelle (Brisson, Bolduc et Jourdan-Ionescu, 2012). Notre méthode évaluative est donc appliquée afin de clarifier les diagnostics de personnes issues d'une population psychiatrique adulte de troisième ligne avec DI présentant une problématique complexe (possibles comorbidités psychiatriques pouvant être greffées à une déficience intellectuelle). Carr et al. (2007) soutiennent que les tests neuropsychologiques peuvent être utilisés et reconduits dans l'investigation d'une DI et de ses troubles confondants. Cette méthode distingue d'abord : a) l'évaluation intellectuelle, telle que recommandée par Schalock et al. (2010, 2011) puis, b) l'évaluation de dix domaines cognitifs, telle que suggérée dans la méta-analyse de Schoechlin et Engel (2005). Les dix domaines cognitifs retenus par Schoechlin et Engel (2005) sont : a) l'intelligence verbale, b) les fonctions exécutives, c) la fluidité verbale, d) la résolution de problèmes visuo-figuraux, e) la résolution de problèmes abstraits nécessitant la mémoire de travail, f) l'attention simple, g) l'attention soutenue, h) l'attention sélective, i) la mémoire verbale et j) la

¹²Selon Kessler et al. (2005) et Botez-Marquard et Boller (2005).

¹³Les fonctions exécutives sont définies comme les actions dirigées utilisées par l'individu pour favoriser l'autorégulation. Habituellement, ces processus cognitifs supérieurs permettent aux individus de freiner une réponse et de pouvoir organiser et réaliser une action dirigée donnant les résultats attendus (Ramsay et Rostain, 2011).

Tableau 2

Synopsis des méta-analyses sur le TDA/H adulte

Auteur	Échantillon	Conclusion
Hervey, Epstein et Curry (2004)	<i>N</i> études = 23, 1966-2002	Les déficits sont plus marqués en attention, inhibition, mémoire. L'attention simple est normale. Il n'y a pas de consensus sur l'élaboration d'un modèle précis des déficits neuropsychologiques des adultes TDA/H.
Boonstra, Oosterlaan, Sergeant et Buitelaar (2005)	<i>N</i> études = 13, 1995-2003	Les difficultés neuropsychologiques des adultes TDA/H ne sont pas confinées au fonctionnement exécutif, mais peuvent être en lien avec d'autres habiletés cognitives.
Schoechlin et Engel (2005)	<i>N</i> études = 24, 1994-2002	Les variables mesurant l'attention complexe et la mémoire verbale sont celles qui discriminent mieux le TDA/H.
Bridgett et Walker (2006)	<i>N</i> études = 18, 1985-2002	Il existe une grande variabilité des caractéristiques des participants évalués à travers les études recensées. Seule une différence minime sans signification est relevée sur le plan du fonctionnement intellectuel. La présence de traumatismes crâniens et de comorbidité psychiatrique aurait tendance à influencer davantage le fonctionnement intellectuel général que le TDA/H lui-même.
Bálint, Czobor, Komlósi, Mészáros, Simon et Bitter (2009)	<i>N</i> études = 25, 1993-2007	Les performances aux tâches d'attention simple (impliquant les habiletés psychomotrices) sont moins altérées que celles des tâches d'attention complexe et varient selon le sexe. Les déficits sont plus élevés chez les hommes.

mémoire visuelle. Ce type d'évaluation cognitive devrait permettre de relever chez certains participants ayant déjà des difficultés une performance encore plus déficitaire.

Le but général de nos travaux est d'explorer préliminairement l'apport de l'évaluation cognitive à l'aide de tests neuropsychologiques telle que faite

auprès d'une population générale pour une population psychiatrique adulte de troisième ligne ayant une déficience intellectuelle et d'en démontrer la pertinence dans un contexte de comorbidité psychiatrique. Notre méthode recommande donc l'utilisation des tests neuropsychologiques classiques, même si leur administration en DI est peu documentée et peu

répandue, notamment parce qu'ils sont construits et normalisés à partir d'échantillons tirés de la population générale¹⁴ (Palmer, 2006). L'objectif de la présente étude exploratoire et descriptive est de vérifier de façon préliminaire si les déficits cognitifs majeurs soulevés dans les domaines *résolution de problèmes nécessitant la mémoire de travail, attention soutenue, attention sélective* et la *mémoire verbale* (Schoechlin et Engel, 2005) retrouvés dans une population TDA/H adulte sont observés chez nos deux participants TDA/H et DI adultes issus d'une population psychiatrique de troisième ligne.

MÉTHODE

Les treize participants¹⁵ francophones (9 hommes et 4 femmes) avec une moyenne d'âge de 39,46 ans et un QI global moyen de 63,62 sont suivis au programme de déficience intellectuelle avec troubles mentaux de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (anciennement le Centre hospitalier Robert-Giffard), un centre hospitalier psychiatrique de troisième ligne. Parmi eux, deux ont, en comorbidité, une déficience intellectuelle et un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), sans traitement à l'aide de psychostimulant au moment de l'évaluation. Les diagnostics de DI et TDA/H sont établis à partir des critères du DSM-IV — et de l'AAIDD pour le diagnostic de DI — par un médecin psychiatre compétent. De plus, les participants pouvaient présenter, en comorbidité, les troubles et syndromes suivants : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, X-fragile et d'alcoolisation fœtale et être traités avec des neuroleptiques, des antidépresseurs, des régulateurs de l'humeur, des anxiolytiques et des hypnotiques. Parmi nos participants sans TDA/H, un est connu pour avoir un trouble anxieux, deux sont connus

pour avoir un trouble de l'humeur, trois pour avoir un trouble psychotique et cinq pour n'avoir aucun diagnostic psychiatrique actuel de l'axe 1. La présence de comorbidités, la prise de psychotropes, ou les deux sont également retrouvées dans plusieurs études recensées dans les méta-analyses sur le TDA/H adulte (Boonstra et al., 2005; Rose et al., 2009; Schoechlin et Engel, 2005). Malgré la présence d'un trouble psychiatrique à l'histoire, tous les participants avaient un état mental stable, sans symptôme manifeste invalidant (à l'exception des symptômes liés au TDA/H pour nos deux participants présentant ce trouble) ni modification récente à leur médication au moment du recrutement, tel que démontré par une évaluation psychiatrique. Les participants avec une histoire de dépendance aux drogues et à l'alcool, de maladie dégénérative, de traumatisme cranio-cérébral avec perte de conscience et prenant des psychostimulants ont été exclus de l'étude.

Le Tableau 3 présente la distribution des participants ainsi qu'un sommaire des données démographiques les concernant.

Les participants sont soumis à une évaluation psychométrique individuelle selon les normes et les règles d'administration standardisées recommandées dans les manuels de chacun des tests. Les évaluations ont été réalisées par une psychologue/neuropsychologue clinicienne spécialisée dans l'évaluation diagnostique auprès de cette population. De cette manière, des vérifications sont faites préalablement pour s'assurer que les participants comprenaient bien les consignes des tests. Les tests sélectionnés sont jugés applicables auprès de cette clientèle, sans quoi une substitution était faite. À titre d'exemple (Tableau 4), pour le domaine de la mémoire visuelle, le test classique le plus utilisé est sans aucun doute le *Test de la Figure complexe de Rey (RCFT, Complexe Rey Figure Test, Meyers et Meyers, 1995a, 1995b)*. Ici, le *Test bref de mémoire visuelle, version révisée (BVMT-R, Brief Visual Memory Test Revised, Benedict, 1997a et 1997b)* a été privilégié considérant que les stimuli visuels sont plus simples, unidimensionnels et exempts de stratégies d'encodage verbal.

¹⁴Ils ne prennent pas en compte les difficultés de compréhension, les capacités mnésiques déficitaires, le ralentissement du traitement de l'information et la lenteur d'exécution inhérents à la DI.

¹⁵Dont le consentement écrit ou celui de son représentant légal a été obtenu selon les règles qui permettent une attestation à conformité éthique : Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard (numéro 190), et à l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro CER 07-127-07.02).

Tableau 3**Données démographiques des participants avec DI (N = 13)**

Données démographiques	<i>n</i>	%	<i>M (ÉT; Dispersion)</i>
Sexe			
Hommes	9	69,23	
Femmes	4	30,77	
Diagnostic TDA/H			
Autres troubles psychiatriques	2	15,38	
Sans trouble psychiatrique actuel de l'axe 1	6	46,15	
	5	38,47	
Âge			39,46 (11,10; 19-55)
Scolarité			Classes spéciales*
QI global			63,62 (6,75; 49-72)

Note : DI : Déficience intellectuelle, TDA/H : Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, QI : Quotient intellectuel.

* Tous les participants DI ont fait leur scolarité en classe spéciale (sans niveau formel).

PROCÉDURE

Le Tableau 4 présente les variables retenues pour chacun des dix domaines cognitifs¹⁶. Les variables de notre étude sont choisies pour être les plus conformes à la recension de Schoechlin et Engel (2005). Parfois, les tailles d'effets présentés dans la méta-analyse d'Hervey et al. (2004) ont guidé le choix définitif. Il faut mentionner qu'il n'existe pas de consensus en neuropsychologie quant à l'utilisation clinique de certaines variables ni d'approche standardisée de l'évaluation du TDA/H (Frazier, Demaree et Youngstrom, 2004; Haavik, Halmøy, Lundervold et Fasmer, 2010).

Premièrement, tous les participants sont évalués à l'aide de la *WAIS III* (la *WAIS-IV* — version pour francophones n'était pas disponible au moment de l'évaluation des participants et la *WAIS-III* — version pour francophones du Canada offrait des normes pour les 16-29 ans seulement) pour tous les participants de l'étude afin d'objectiver le premier

critère diagnostique de la déficience intellectuelle (un fonctionnement intellectuel à deux écarts-types sous la moyenne, Schalock et al. 2010, 2011).

Deuxièmement, tous les participants sont soumis à l'examen des dix domaines cognitifs. Les variables suivantes sont extraites de six instruments classiques (a) *L'Échelle d'intelligence pour adultes de Wechsler, Wechsler Adult Intelligence Scale, 3e Éd.*, Weschler, 1997, (b) *La tour de Londres, Tower of London Drexel University 2nd Édition — TOL DX*, Culbertson et Zillmer, 2005a, (c) *Le Système d'évaluation des fonctions d'exécution de Delis et Kaplan, D-Kefs, Delis Kaplan Executive Functions System*, Delis, Kaplan et Kramer, 2001a, (d) *Le Test d'attention soutenue de Conner's II, CPT II, Conner's Continuous Performance Test II*, Conners, 2000a, (e) *Le Test d'apprentissage et de mémoire verbale, CVLT-II, California Verbal Learning Test II*, Delis, Kaplan, Kramer et Ober, 2000a, (f) *Le Test bref de la mémoire visuelle — révisé, BVM-T-R, Brief Visual Memory Test Revised*, Benedict et Ralph, 1997a et réparties selon les dix domaines cognitifs de Schoechlin et Engel en 2005 (l'intelligence verbale, les fonctions exécutives, la fluidité verbale, la résolution de problèmes

¹⁶Une variable par domaine cognitif est sélectionnée en raison de la petite taille de l'échantillon.

Tableau 4**Variables dépendantes retenues pour chacun des dix domaines cognitifs**

Domaine	Tests et variables dépendantes de cette étude	Habilités mesurées
Intelligence verbale	WAIS III (Indice de Compréhension Verbale, ICV)	
	Vocabulaire	Connaissance des mots et formation des concepts verbaux
	Similitudes	Raisonnement verbal et formation des concepts
	Connaissances	Aptitude à acquérir, à retenir et à récupérer des connaissances factuelles générales ^a
Fonctions exécutives	TOL (Total de Mouvements)	Planification (mesure exécutive primaire) ^b
Fluidité verbale	D-KEFS FAS (Total Correct)	Récupération de mots en mémoire sémantique et les nommer (mesure globale) ^c
Résolution de problèmes visuospatiaux	WAIS III (Indice d'Organisation Perceptive, IOP)	
	Images à compléter	Perception et organisation visuelle
	Blocs	Analyse et synthèse de stimuli visuels abstraits
Résolution de problèmes abstraits nécessitant de la mémoire de travail	Matrices	Intelligence fluide, raisonnement logique ^d
	WAIS III (sous-test Arithmétique)	Aptitudes de manipulation, la concentration, l'attention, la mémoire à court terme ^e
	Attention simple	CPT II (Hit-RT)
Attention soutenue	CPT II (Déteçtabilité, d')	Discrimination des cibles des distracteurs tout au long de l'évaluation ^g
Attention sélective	WAIS III (sous-test Code)	Vitesse de traitement de l'information et, entre autres, la mémoire à court terme et l'attention sélective ^h

Mémoire verbale	CVLT II (Essais 1-5 Total Correct)	Apprentissage verbal (indice global) ⁱ
Mémoire visuospatiale	BVMT (Apprentissage)	Apprentissage de matériel visuospatial et rappel de l'information visuospatiale (indice global) ^j

Note : WAIS III : *Wechsler Adult Intelligence Scale-3e éd.*; ICV : Indice de Compréhension Verbale, IOP : Indice d'Organisation Perceptive, AR : Arithmétique, CD : Code; TOL : *Tour de Londres*; D-KEFS FAS : *Fluidité verbale lexicale*; CPT : *Conner's Performance Test*; CVLT : *California Verbal Learning Test*; BVMT-R : *Brief Visual Memory Scale, revised*.

^a Frazier, Demaree et Youngstrom, 2004; *WAIS III, Administration and scoring manual*, Wechsler, 1997, p. 12-13.^b *Tower of London Drexel University 2nd Edition – TOL DX, Technical manual*, Culbertson et Zillmer, 2005b, p. 27. ^c *D-Kefs, Delis Kaplan Executive Functions System, Delis, Kaplan et Kramer, Examiner's manual*, 2001b, p. 74; Frazier et al., 2004. ^d Frazier et al., 2004; *WAIS III, Administration and scoring manual*, Wechsler, 1997b, p. 15-17. ^e Frazier et al., 2004; *WAIS III CDN-F, Manuel technique et d'interprétation*, Wechsler, 2005, p. 22. ^f *CPT II, Conner's Continuous Performance Test II, Technical Guide and Software Manual*, Conners, p. 29, 2000b; Frazier et al., 2004. ^g *CPT II, Conner's Continuous Performance Test II, Technical Guide and Software Manual*, Conners, p.31, 2000b.^h Frazier et al., 2004; *WAIS III CDN-F, Manuel technique et d'interprétation*, Wechsler, 2005 p. 25.ⁱ *CVLT-II Manual, Delis, Kaplan, Kramer et Ober*, 2000b, p. 29. ^j *BVMT-R, Brief Visual Memory Test Revised, Benedict, Professional manual*, 1997b, p. 22.

visuospatiaux, la résolution de problèmes abstraits nécessitant la mémoire de travail, l'attention simple, l'attention soutenue, l'attention sélective, la mémoire verbale et la mémoire visuelle).

la fois une valeur positive et négative¹⁷. La grande majorité des résultats présentés au Tableau 5 se situe au niveau limite (*borderline*, de -1.3 jusqu'à -2.0) ou plusieurs se classent au niveau significativement déficitaire (*retarded*, ≤ -2.0).

RÉSULTATS

Des statistiques descriptives de l'échantillon pour l'ensemble des dix domaines ainsi qu'une étude de rangs sur les quatre domaines cognitifs à l'étude (la résolution de problèmes nécessitant la mémoire de travail, l'attention soutenue, l'attention sélective et la mémoire verbale) sont réalisées. Toutes les statistiques sont obtenues à partir des scores Z. La moyenne et l'écart-type de chacun des domaines cognitifs des participants sans TDA/H ($n = 11$) et avec TDA/H (Participant 1 et Participant 2) pour les dix domaines cognitifs sont présentés au Tableau 5. Ces données démontrent que les résultats des participants DI (avec et sans TDA/H) aux différents tests sont, en grande partie, déficitaires.

Cette table d'interprétation qualitative de Wechsler présentée dans Lezak, Howieson et Loring (2004, p. 146) est privilégiée à d'autres nomenclatures afin d'endosser une approche conservatrice et conventionnelle. Lorsque nous observons les résultats intra-sujets et inter-sujets, nous notons une variabilité entre les résultats aux différents sous-tests, c'est-à-dire que nous relevons des résultats allant de résultats plancher à des résultats dans la norme.

Ceci est tout à fait cohérent avec le fonctionnement intellectuel global de la population étudiée. Rappelons qu'un score Z plus élevé signifie une meilleure performance, à l'exception de la variable d'attention simple (*Hit-RT* du test *Conner's Performance Test*) qui présente une logique différente puisque le résultat obtenu peut indiquer à

De plus, à la lecture des données, les difficultés majeures relevées chez les participants DI avec TDA/H dans quatre des dix domaines cognitifs évalués, soient la résolution de problèmes nécessitant la mémoire de travail, l'attention soutenue, l'attention sélective et la mémoire verbale ne sont pas rencontrés en totalité. Sur les quatre résultats retrouvés à l'ensemble de ces quatre domaines, trois domaines (la résolution de problèmes nécessitant la mémoire de travail, l'attention sélective et la mémoire verbale)

¹⁷La valeur positive constitue un indice d'impulsivité alors que la valeur négative représente un indice d'inattention.

affichent un déficit pour le participant 1 alors que le participant 2 — qui présente un profil avec plus de disparités — ne compte que deux domaines déficitaires (la résolution de problèmes nécessitant la mémoire de travail, l'attention sélective). Ainsi, la présence de déficits n'est pas plus marquée pour

les quatre domaines retenus par Schoechlin et Engel (2005) que pour l'ensemble des dix domaines. De même, les difficultés majeures relevées chez les participants avec TDA/H à quatre des dix domaines cognitifs évalués ne sont pas retrouvées

Tableau 5

Statistiques descriptives des participants DI sans TDA/H ($n = 11$) et des deux participants DI avec TDA/H pour les dix domaines cognitifs selon Schoechlin et Engel (2005)

Domaine	Participants		
	Sans TDA/H <i>M (ÉT)</i>	Avec TDA/H #1 Score moyen	Avec TDA/H #2 Score moyen
Intelligence verbale	-2.07 (0.46)	-1.73	-1.60
Fonctions exécutives	-2.29 (1.12)	-2.53	-0.27
Fluidité verbale	-2.29 (1.12)	-2.67	-2.67
Résolution de problèmes visuospatiaux	-2.22 (0.51)	-1.07	-1.80
Résolution de problèmes abstraits impliquant mémoire de travail	-2.24 (0.45)	-2.33	-2.33
Attention simple	0.37 (2.18)	1.88	0.33
Attention soutenue	0.53 (0.67)	0.95	0.67
Attention sélective	-2.12 (0.56)	-2.33	-2.67
Mémoire verbale	-2.25 (1.43)	-2.80	-0.40
Mémoire visuelle	-0.92 (1.14)	-1.30	-0.40

Note : En gras, domaines avec difficultés marquées chez les participants avec TDA/H. Les moyennes et les écarts-types sont calculés à partir des scores Z.

$n = 11$ pour la portion de l'échantillon sans TDA/H, sauf pour les domaines Fonctions exécutives, Attention simple, Attention soutenue, Mémoire verbale et Mémoire visuelle, $n = 10$.

Scores Z de -1.3 jusqu'à -2.0 = limite, Scores Z supérieur ou égal à -2.0 = déficit (Lesak, Howieson et Loring, 2004, p.146).

En gris, scores déficitaires.

spécifiquement chez nos participants adultes ayant une DI.

Des déficits sont également notés à d'autres domaines chez nos deux participants DI avec TDA/H, l'intelligence verbale et la fluidité verbale. Ceci questionne également le fait que les déficits retrouvés en attention complexe et en mémoire de

travail puissent être entièrement liés à la présence d'un TDA/H comorbide à la DI. Les statistiques descriptives obtenues à l'aide de rangs¹⁸ sont présentées au Tableau 6.

¹⁸Un rang faible indique un déficit plus marqué.

Le participant 1 avec TDA/H ne présente pas plus de difficultés à ces quatre domaines que les autres participants DI, les rangs obtenus tendent même à se situer autour de la médiane, voire au-dessus pour le domaine attention soutenue. Une configuration

différente est observée chez notre participant 2 avec TDA/H. Il se classe au rang le plus élevé pour la mémoire verbale alors que ses capacités d'attention sélective le placent dans les rangs inférieurs. Il n'est

Tableau 6

**Rangs des deux participants TDA/H avec DI
aux quatre domaines cognitifs de Schoechlin et Engel (2005)**

Sujet	Résolution de problèmes abstraits impliquant la mémoire de travail	Attention soutenue	Attention sélective	Mémoire verbale
1	5,5	9,0	6,5	5,5
2	5,5	8,0	3,0	13,0

Note : Ces rangs sont calculés parmi tous les sujets ayant une DI (n = 13). Le rang médian est de 6,5. Un rang faible indique une faible valeur (rangs inférieurs).

donc pas possible sur les deux participants DI avec TDA/H de constater la présence de déficits marqués. Par contre, une variabilité inter et intra-sujets est remarquée, allant de rang inférieur au rang supérieur.

DISCUSSION

Les résultats témoignent de déficits chez les participants DI adultes avec ou sans TDA/H de cette étude, ce qui est cohérent avec le niveau de fonctionnement intellectuel global de la population étudiée¹⁹. En outre, une variabilité est notée lorsque nous observons les écarts entre les résultats intra-sujets et inter-sujets. Cette variabilité ne permet pas de démontrer que les déficits sont davantage marqués dans certains domaines cognitifs (la résolution de problèmes nécessitant la mémoire de travail, l'attention soutenue, l'attention sélective et la mémoire verbale [Schoechlin et Engel, 2005]) chez les participants avec DI et TDA/H. Certes la présence de déficits en attention complexe et en mémoire de travail peut laisser croire que nos participants avec TDA/H présentent partiellement un profil cognitif similaire à ceux décrits dans certaines méta-analyses (Bálint et al., 2009; Hervey

et al., 2004; Schoechlin et Engel, 2005) et dans l'étude de Rose et al. (2009). Toutefois, des déficits sont également relevés aux domaines intelligence verbale et fluidité verbale chez nos deux participants, ceci jette de l'ombre et remet en question le fait que les déficits trouvés peuvent être inhérents à la présence d'une DI (rappelons-le, préalablement objectivée). Ceci rejoint également la conclusion de Rose et al. (2009) et de Stravakaki (2002). De plus, les personnes avec des difficultés d'apprentissage et de faibles habiletés intellectuelles démontrent plus de déficits en lien avec les habiletés verbales puisqu'elles ont un niveau limité de vocabulaire (pauvre lexique), des habiletés réduites liées à l'épellation, un rythme lent, une panne dans la production du langage et un déficit de l'attention de base (Carr et al., 2007; Delis et al., 2001; Frazier et al., 2004; Gierski et Ergie, 2004; Lezak et al., 2004).

De cette manière, il demeure prudent de soutenir que la présence de déficits n'est pas plus marquée pour les quatre domaines retenus par Schoechlin et Engel (2005) que pour l'ensemble des dix domaines. Ces derniers éléments indiquent la présence de variabilité intra-sujets et inter-sujets qui peut être expliquée par divers facteurs :

¹⁹ Rappelons un QI moyen de 62,26.

- a) La présence de profils cognitifs différents, ce qui apparaît aussi en conclusion d'une méta-analyse portant sur le TDA/H à l'âge adulte de Bridgett et Walker en 2006.
- b) L'usage, chez une population DI, de tests neuropsychologiques classiques employés communément auprès d'une population normale et non étalonnés pour eux.
- c) La notion d'hétérochronie (Zazzo, 1973) qui suggère que le développement cognitif des personnes ayant une DI puisse afficher des niveaux différents, si l'on compare les habiletés cognitives les unes avec les autres ou, encore, la cohabitation de forces et de faiblesses chez une personne DI selon la définition de Schalock et al. (2010, 2011).

Sur le plan clinique, les résultats de cette étude ne permettent pas de valider la présence de déficits cognitifs précis observés chez les adultes ayant un TDA/H, chez les adultes ayant une DI et un TDA/H. Les résultats de cette étude tendent à promouvoir davantage une bonne connaissance de l'interprétation d'un profil cognitif à l'aide d'un test d'intelligence générale telle que la *WAIS III*, ainsi que de reconnaître qu'il existe une variabilité notée aux profils cognitifs des adultes avec une DI. En somme, l'évaluateur compétent devrait retenir que la variabilité rencontrée au profil cognitif d'une personne ayant une DI peut soutenir la notion d'hétérochronie, mais peut aussi évoquer la possibilité d'un autre trouble cognitif, psychiatrique ou neurologique. L'usage de tests neuropsychologiques est suggéré, et devrait, à tout le moins, favoriser un meilleur diagnostic dont émergera un meilleur traitement (Carr et al., 2007; Fletcher et al., 2007).

Cette étude originale et exploratoire comporte plusieurs limites. Rappelons d'abord que l'échantillon est tiré d'une cohorte de patients provenant dans un centre hospitalier psychiatrique de troisième ligne. L'analyse révèle conséquemment la présence d'hétérogénéité dans les diagnostics psychiatriques et dans le traitement pharmacologique. De plus, la taille de l'échantillon obtenu malgré plusieurs efforts, notamment des modifications aux critères d'inclusion et d'exclusion, est demeurée petite. Ceci illustre tout

de même bien les difficultés rencontrées dans la réalisation de projets de recherche auprès de cette population (un petit bassin, les difficultés de compréhension, le consentement, la disponibilité, l'état mental et la prise de psychostimulants ne pouvant être cessée durant l'évaluation), ces difficultés peuvent contribuer au fait que peu de recherches sont effectuées auprès de cette population. Malheureusement, la petite taille de l'échantillon limite la généralisation de nos résultats, sur le plan purement scientifique. Il ne demeure pas moins que nous devrions tendre vers une plus grande rigueur et souhaiter pouvoir faire de telles études.

Par contre, des études existantes ont les mêmes limites. Rose et al. (2009), qui ont réalisé leur étude sur une population similaire à la nôtre, soulèvent également la possibilité de tableaux cliniques confondants, ce qui pourrait faire ombrage. De plus, plusieurs études incluaient, comme la nôtre, des participants présentant soit une comorbidité psychiatrique, soit la prise de psychotropes et pour certains, ces deux conditions (Boonstra et al., 2005; Rose et al., 2009; Schoechlin et Engel, 2005).

Afin de mieux contrôler ces incontournables, une évaluation psychiatrique faite lors du recrutement des participants assurait que tous avaient un état mental stable, sans modification récente de la médication, au moment de l'évaluation. De plus, nous ne connaissons pas d'étude, à l'heure actuelle, qui présente des participants chez lesquels la DI était préalablement évaluée conformément aux bonnes pratiques (AAIDD et DSM)²⁰. Mentionnons également que nous avons eu accès avec autorisation aux dossiers médicaux des participants de cette étude.

Finalement, cette étude est réalisée sans subvention ni appui d'un groupe scientifique de recherche. Elle s'inscrit dans le cadre d'études doctorales. En dépit de limites qui entravent la portée des résultats, des études de cas et des études descriptives comme celle présentée serviront de premiers pas et contribueront à améliorer les services offerts à cette population trop souvent mise à l'écart en raison des défis qu'elle suscite (Fletcher et al., 2007).

²⁰L'ensemble des études consultées présentait une DI retenue que sur la base d'un QI, et parfois d'une estimation du QI.

CONCLUSION

Carr et al. (2007) font le constat dans leur dernier ouvrage de référence qu'il est essentiel de développer des méthodes d'évaluation des comorbidités psychiatriques chez les personnes ayant une DI. Cette étude exploratoire et originale avait pour objectif d'informer les cliniciens sur l'apport de l'évaluation cognitive à l'aide de tests neuropsychologiques chez les personnes ayant un trouble psychiatrique comorbide à leur DI. En résumé, l'évaluation cognitive auprès d'une population ayant une DI s'avère pertinente sur une base qualitative puisqu'elle vient préciser le profil cognitif pour une personne en identifiant ces forces et ses limites (Lussier et Flessas, 2009). Souvent, ce profil est cohérent avec l'évaluation intellectuelle. De plus, nos conclusions soutiennent également les courants sur le TDA/H adulte, sans DI, à l'effet qu'il ne semble pas y avoir de patron précis des déficits cognitifs chez les personnes atteintes de TDA/H. Une analyse plus approfondie des écarts intra-sujets pourrait permettre de questionner la présence de troubles surajoutés à une DI.

Cette tâche n'est pas simple pour les cliniciens, car nous constatons que plusieurs déficits sont attribuables à la DI et que la sévérité de ces déficits rend difficile le diagnostic différentiel à l'aide de tests neuropsychologiques classiques employés communément auprès d'une population normale. Nous croyons que les futures études devraient coupler l'évaluation cognitive à l'évaluation des symptômes cliniques, comme dans l'étude de La Malfa, Lassi, Bertelli, Pallanti et Albertini (2007)²¹. De telles études auraient peut-être pu mieux illustrer la prévalence et les manifestations de ce trouble chez les personnes ayant une DI. L'utilisation d'épreuves projectives pourrait également renseigner sur le fonctionnement mental interne (Fletcher et al., 2007) et il serait intéressant de proposer une étude comme celle de Cohen de Lara et Guinard (2006), mariant les approches psychodynamique et neuropsychologique. Dans ce contexte, des professionnels suffisamment expérimentés seront nécessaires pour bien délimiter ce qui appartient à la déficience intellectuelle, de ce qui appartient aux troubles mentaux, ici le TDA/H.

²¹Étude réalisée auprès de participants sans déficience intellectuelle.

De plus, des études effectuées auprès d'une population provenant principalement d'organismes communautaires et de centres de réadaptation pourraient être réalisées afin de recruter un échantillon plus grand et incluant des participants ayant moins de troubles en comorbidité.

Somme toute, nous croyons qu'il est du ressort de l'expertise auprès d'une population ayant en comorbidité une DI et des troubles psychiatriques de mener à bien une évaluation de la DI nécessitant, de façon concourante, la prise en compte des comorbidités psychiatriques. L'expérience clinique couplée à des connaissances solides en évaluation de la DI et à un travail multidisciplinaire permettrait de mieux départager les tableaux cliniques chez les participants obtenant des résultats extrêmes aux tests et de privilégier le jugement clinique face aux interprétations classiques.

A DESCRIPTIVE STUDY ON ASSESSING PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN DEVELOPMENTAL DISABILITY ADULTHOOD

This exploratory study reports on the contribution of cognitive assessment in the assessment of psychiatric comorbidity in intellectual disability (ID), such as the attention deficit disorder/hyperactivity disorder (ADHD). Thirteen adults (two participants with comorbid ADHD and ID and eleven participants with ID without ADHD) from the *Institut universitaire en santé mentale de Québec* were assessed in ten cognitive domains. The results are partly deficient, with intra-subject variability. Although limited by the small sample size, the difficulties of participants with ADHD seem not to be more important from the difficulties of those without ADHD. In conclusion, the cognitive assessment of adults ID seems to be relevant qualitatively, but quantitatively questionable. The limitations of this exploratory study and future directions are also discussed.

RÉFÉRENCES

- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* (9^e éd.). Washington, DC : Auteurs.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.). Washington, DC : Auteurs.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.), Texte révisé. Washington, DC : Auteur. Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), DSM-5. Arlington, VA: Auteurs.
- Bálint, S., Czobor, P., Komlósi, S., Mészáros, Á., Simon, V., Bitter, I. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender- and age-related differences in neurocognition. *Psychological Medicine*, 39, 1337-1345.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2^e éd.). New York, NY : Guilford Publications.
- Benedict, Ralph H. B. (1997a). *Brief Visual Memory Test-Revised / BVMT-R*. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Benedict, Ralph H. B. (1997b). *Brief Visual Memory Test-Revised / BVMT-R*. Professional Manual. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Boonstra, A. M., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A., Buitelaar J. K. (2005). Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 35, 1097-1108.
- Botez-Marquard, T., Boller F. (2005). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement* (3^e éd.). Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- Bridgett, D. J., Walker, E. W. (2006). Intellectual Functioning in Adults With ADHD: A Meta-Analytic Examination of Full Scale IQ Differences Between Adults With and Without ADHD. *Psychological Assessment*, 18(1), 1-14.
- Brisson, A., Bolduc, M., Jourdan-Ionescu, C. (2012). L'évaluation des diagnostics différentiels de la déficience intellectuelle chez l'adulte : étude exploratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 33(1), 139-168.

- Carr, A., O'Reilly, G., Noonan Walsh, P., McEvoy, J. (2007). *The Handbook Of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. East Sussex (GB) and New York (USA) : Routledge.
- Cohen de Lara, A., Guinard, M. (2006). Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : premiers résultats psychodynamiques d'une étude croisée. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 277-283.
- Conners, K. (2000a). *Conners Continuous Performance Test, CPT II*. Toronto, ON : Multi-Health Systems Inc.
- Conners, K. (2000b). *Conners Continuous Performance Test, CPT II*. Technical Guide and Software Manual. Toronto, ON : Multi-Health Systems Inc.
- Culbertson, W. C., Zillmer, E. A. (2005a). *Tower of London/ TOL DX 2nd Edition*. Toronto, ON : Multi-Health Systems Inc.
- Culbertson, W. C., Zillmer, E. A. (2005b). *Tower of London/ TOL DX 2nd Edition*. Technical manual. Toronto, ON : Multi-Health Systems Inc.
- Delis, D. C., Kaplan E., Kramer, J. H. (2001a). *Delis-Kaplan Executive Function System, D-KEFS*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Delis, D. C., Kaplan E., Kramer, J. H. (2001b). *Delis-Kaplan Executive Function System, D-KEFS. Examiner's manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Delis, D. C., Kaplan E., Kramer, J. H., Ober, B. A. (2000a). *California Learning Verbal Test, CLVT-II*. USA : The Psychological Corporation.
- Delis, D. C., Kaplan E., Kramer, J. H., Ober, B. A. (2000b). *California Learning Verbal Test, CLVT-II*. Manual. USA : The Psychological Corporation.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., First, M. (2007). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: A clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability, DM-ID*. The National Association for the Dually Diagnosed, New York: NADD Press.
- Frazier, T. W., Demaree, H. A., Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analytic of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18(3), 543-555.
- Gierski, F., Ergie, A. M. (2004). Les fluences verbales : aspects théoriques et nouvelles approches. *L'année psychologique*, 104(2), 331-359.
- Griffiths, D. M., Stavrakaki, C., Summers, J. (2002). *Dual Diagnostic : An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Canada. Ville : Habilitative Mental Health Resource Network.
- Haavik, J., Halmøy, A., Lundervold, A., Fasmer, O.B. (2010). Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(10), 1569-1580.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N., Curry, J. F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18(3), 485-503.
- Hurley, A. D. (1989) Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: A review and call for research. *Research in Developmental Disabilities*, 10(3), 261-275.
- Ionescu, S. (2003). Psychopathologie. Dans Tassé, M.J. et Morin, D., (Éds), *La déficience intellectuelle*, Montréal, QC : Gaëtan Morin (Éd.), 281-302.
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S. (1997). La notion d'hétérochronie en psychopathologie

- développementale. In A. Blanchet et al. (Éds.). *Recherches sur le langage en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Jou, R., Handen, B., Hardan, A. (2004). Psychostimulant treatment of adults with mental retardation and attention-deficit hyperactivity disorder. *Australasian Psychiatry*, 12(4), 376-379.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Zaslavsky, A. M. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Society of Biological Psychiatry*, 57, 1442-1451.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* - 4th Edition. Oxford University press, New York, NY.
- Lussier, F., Flessas, J., 2009. Neuropsychologie de l'enfant : Troubles développementaux et de l'apprentissage, 2e édition, Dunod, Paris, Fr.
- Meyers, J. E., Meyers, K. R. (1995a). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial*. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Meyers, J. E., Meyers, K. R. (1995b). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial*. Professional manual. Lutz, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Pallanti, S., Albertini, G. (2008). Detecting attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults with intellectual disability The use of Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). *Research in Developmental Disabilities*, 29, 158-164.
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L. Snell, M. E., et al. (1992). *Mental retardation: definition, classification, and system of support* (9^e ed.). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Nézu, C. M., Nézu, A. M., Gil-Weis, M. J. (1992). *Psychopathology in Mental Retardation: Clinicaly Guideline for Assessment and Treatment*. Champaign, Il. : Research Press Company.
- Palmer, G. A. (2006). Neuropsychological profiles of persons with mental retardation and dementia. *Research in developmental disabilities*. 27, 299-308.
- Radouco-Thomas, M., Brisson, A., Bolduc, M., Brassard, P., Lamothe, L., Trépanier, D., Riopel, M. E. (sous presse). Déficience intellectuelle, section 1 : Comorbidité psychiatrique et troubles du comportement chez l'adulte. Dans Lalonde, P. et Pinard, G. F. (Eds). *Psychiatrie clinique : une approche biopsychosociale* (5^e éd.). Montréal, QC: Édition Chenelière éducation.
- Ramsay, J. R., Rostain, A. L. (2011). CBT without medication for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of cognition psychotherapy: an international quarterly*. 25(4), 277-285.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of dual Diagnosis in Community-Based Day Program in the Chicago Metropolitan Area. *American Journal on Mental Retardation*, 94(6), 578-585.
- Rose, E., Bramham, J., Young, S., Paliokostas, E., Xenitidis, K. (2009). Neuropsychological characteristics of adults with comorbid ADHD and borderline/mild intellectual disability. *Research in developmental Disabilities*, 30, 496-502.
- Schoechlin, C., Engel, R. R. (2005). Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of empirical data. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(6), 727-744.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D. L., Craig

- E. M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, classification and systems of support. (11th edition)*. Washington, DC : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., Yeager, M. H. (2011). *Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien* (11e éd.) [trad. sous la direction : D. Morin]. Trois-Rivières, Québec : Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (Ouvrage original publié en 2010).
- Sovner, R., Lowry, M. A. (1990). Méthodologie du comportement pour le diagnostic des troubles mentaux affectifs chez les personnes déficientes intellectuelles. Article traduit par l'Association scientifique pour la modification du comportement. Tiré du *Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, juillet 1990.
- Stravakaki, C. (2002). Le manuel DSM-IV et son application aux personnes affectées d'une déficience de développement. Dans *Double Diagnostic : Introduction aux besoins en santé mentale des personnes présentant une déficience de développement*. Traduction de Griffiths, D.M., Stavrakaki, C., Summers, J., (Éds.), *Dual Diagnostic : An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Canada. Ville : Habilitative Mental Health Resource Network.
- Summers, J., Stavrakaki, C., Griffiths, D. M., Cheetam, T. (2002). Comprehensive screening and assessment. Dans Griffiths, D.M., Stavrakaki, C., Summers, J., (Éds.), *Dual Diagnostic : An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Canada. Ville : Habilitative Mental Health Resource Network.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale WAIS III* (3^e éd.). San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2005). Échelle d'Intelligence de Wechsler pour Adultes™ Version pour Francophones du Canada WAIS III (3^e éd.). *Manuel technique et d'interprétation*. Toronto, ON : The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale WAIS IV- Technical and Interpretative Manual* (4^e éd.). Toronto, ON : The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2010). *Échelle d'intelligence de Wechsler pour Adultes™, WAIS IV^{CDN-F}*. Quatrième Édition, Version pour Francophones du Canada – Édition de Recherche. Toronto, ON : The Psychological Corporation.
- Zazzo, R. (1973). Les débiles mentaux. In R. Reuchlin (Éd.), *Traité de psychologie appliquée*, t.7 : La psychologie appliquée au diagnostic des handicaps et à la rééducation. Paris : Presses Universitaires de France