



Effet d'une thérapie cognitivo-comportementale dans l'accompagnement d'un enfant présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement : le cas de Louis
Effect of a Cognitive-Behavioral Therapy in Accompanying a Child with Intellectual Disability and Behavioral Disorders: The Case of Louis

Yazid Haddar, M.Sc., Sonia Ouali, Ph.D., Robin Bastien, M.Sc. et Marie-Claire Haelewyck, Ph.D.

Volume 26, 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1037055ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1037055ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue francophone de la déficience intellectuelle

ISSN

1929-4603 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Haddar, Y., Ouali, S., Bastien, R. & Haelewyck, M.-C. (2015). Effet d'une thérapie cognitivo-comportementale dans l'accompagnement d'un enfant présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement : le cas de Louis. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, 140-160.
<https://doi.org/10.7202/1037055ar>

Résumé de l'article

De nombreuses études ont souligné que les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) présentent des difficultés cognitives, notamment traduites par des difficultés d'encodage du traitement de l'information et par un déficit des stratégies cognitives utilisées. L'objectif de cette étude est de montrer l'effet d'une thérapie de type cognitivo-comportementale couplée à une remédiation cognitive sur les capacités cognitives et les troubles de comportements d'un enfant présentant une DI. L'étude concerne Louis, un jeune adolescent de 14 ans ayant reçu un diagnostic de DI, et qui, après deux années d'accompagnement psychoéducatif, a pu améliorer ses capacités cognitives et réduire ses troubles de comportements.

**EFFET D'UNE THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DANS L'ACCOMPAGNEMENT
D'UN ENFANT PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET DES TROUBLES DU
COMPORTEMENT : LE CAS DE LOUIS**

Yazid Haddar, Sonia Ouali, Robin Bastien et Marie-Claire Haelewyck

Résumé : De nombreuses études ont souligné que les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) présentent des difficultés cognitives, notamment traduites par des difficultés d'encodage du traitement de l'information et par un déficit des stratégies cognitives utilisées. L'objectif de cette étude est de montrer l'effet d'une thérapie de type cognitivo-comportementale couplée à une remédiation cognitive sur les capacités cognitives et les troubles de comportements d'un enfant présentant une DI. L'étude concerne Louis, un jeune adolescent de 14 ans ayant reçu un diagnostic de DI, et qui, après deux années d'accompagnement psychoéducatif, a pu améliorer ses capacités cognitives et réduire ses troubles de comportements.

INTRODUCTION

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la remédiation cognitive ne cessent de gagner des champs d'application dans le domaine de la clinique. Haelewyck et Gascon (2010) ont montré que 17,8 % des articles abordent la cognition, entre 1990 et 2007 sur l'ensemble des articles scientifiques en lien avec la déficience intellectuelle, et 32 % de ces recherches ont été publiées entre 2000 et 2007. L'ensemble de ces évolutions scientifiques ont permis d'affiner le diagnostic de la déficience intellectuelle et de proposer aux personnes un accompagnement personnalisé adapté à leurs besoins. Après avoir étudié les différents aspects cognitifs de personnes présentant une déficience intellectuelle, le recours et l'application à des techniques cognitivo-comportementales se sont imposés par leur méthode, leur durée d'application et leur apport dans la vie quotidienne.

La présente étude s'inscrit dans une démarche clinique, qui dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant avec DI, tient compte des composantes cognitives, psychologiques, physiologiques et adaptatives (Bussy, 2008). Les termes-clés de l'étude sont d'abord définis suivis de la présentation la démarche méthodologique et des principaux résultats. Ces derniers sont ensuite discutés à la lumière des résultats obtenus lors d'autres recherches.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La définition de la déficience intellectuelle a été à de nombreuses reprises remaniée et affinée au fil des classifications nosographiques. Ceci étant, nous présenterons ici uniquement la définition sur laquelle nous nous appuyons dans notre étude. Selon l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, la déficience intellectuelle (DI) est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (2 écarts-types en dessous de la

Yazid Haddar, M.Sc., Université de Mons (Belgique).
Courriel : yazidh59@yahoo.fr; Sonia Ouali, Ph.D., Université de Toulouse-II (France); Robin Bastien, M.Sc. et Marie-Claire Haelewyck, Ph.D., Université de Mons (Belgique).

moyenne, soit un quotient intellectuel inférieur à 70) et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques. Toutes ces limitations doivent être présentes avant l'âge de 18 ans (Schalock et al, 2011). Cette définition met en exergue cinq points essentiels sur lesquels s'appuyer pour pouvoir poser un diagnostic de déficience intellectuelle chez une personne : 1) les limitations dans le fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel, 2) une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne, ainsi que des différences sur les plans sensorimoteurs, comportementaux et de la communication, 3) chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces, 4) la description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil du soutien requis, 5) si la personne présentant une DI reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer (Schalock et al.).

Le terme « déficience intellectuelle » est récent et même s'il était déjà utilisé par les praticiens, il ne fait son apparition dans les classifications qu'à partir de la parution du DSM-V (APA, 2013). Dans le DSM-IV-TR (APA, 2003) il était alors question de « retard mental ». La déficience intellectuelle apparaît désormais dans la catégorie « des troubles neuro-développementaux », au même titre que les troubles du spectre autistique et que les troubles d'apprentissages. La déficience intellectuelle est alors envisagée comme « un trouble qui inclut un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques, débutant pendant la période développementale » (APA, 2013, p. 33).

La déficience intellectuelle est définie par les institutions officielles françaises en référence au score global obtenu par la personne lors de la passation d'une épreuve standardisée d'évaluation d'intelligence. Souvent, ce score est traduit en terme de quotient intellectuel (QI) bien qu'il s'agisse, dans l'immense majorité des épreuves utilisées aujourd'hui, d'un simple classement par le rang centile, qui est une donnée indiquant le pour-

centage des individus ayant une valeur inférieure ou égale à la donnée considérée, et non d'un réel quotient entre l'âge mental et l'âge chronologique (Haddar & Haelewyck, 2014). Cependant, la DI est complexe et montre la nécessité de considérer non seulement les aspects intellectuels et cognitifs, mais également les composantes affectives et psychologiques, ainsi que le cadre environnemental de la personne envisagée.

LA REMÉDIATION COGNITIVE ET LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE : VERS L'APPRENTISSAGE DE NOUVELLES STRATÉGIES DE RÉOLUTION

Selon Büchel et Paour (2005), la remédiation cognitive est définie comme une approche systématique de transmission des outils du fonctionnement intellectuel. Il ne s'agit pas de faire apprendre à la personne des connaissances nouvelles, mais de reconstruire les outils culturels de l'apprentissage et de la pensée en utilisant les connaissances déjà acquises par l'individu lui-même. La remédiation cognitive vise donc la réduction des déficits cognitifs soit en améliorant les fonctions altérées, soit en favorisant la mise en place et le développement des stratégies alternatives (Bazin, Passerieux & Hardy-Bayle, 2010). Néanmoins, Franck (2012) apporte une nuance importante et précise que la remédiation cognitive agit sur des processus et fonctions sous-tendant le contenu des pensées, alors que les thérapies cognitives (qui s'inscrivent dans le champ des psychothérapies) ont pour objectif de modifier ledit contenu. Cependant, la modification du contenu nécessiterait un nouveau support et/ou une nouvelle adaptation cérébrale par le biais de la plasticité cérébrale pour la traiter. Autrement dit, il n'est pas concevable d'accéder à une pensée alternative sans changer le support de la pensée (les stratégies alternatives). Car agir au niveau de la pensée, c'est agir au niveau des schémas existants et sur la manière dont l'information est traitée. Sur un plan pratique, dissocier la remédiation de la thérapie cognitive n'est pas évident. En effet, la remédiation peut précéder la thérapie, mais elle ne peut pas avoir un effet, sans agir sur le contenu de la pensée (thérapie cognitive). La remédiation cognitive se situe donc à l'intersection de la remédiation comme thérapie et de la remédiation comme médiation. Aussi, il est important, avant de

procéder à une remédiation, de poser un diagnostic précis et de prévoir la remédiation comme une intervention thérapeutique (Marot, 2009).

La remédiation cognitive repose sur l'emploi de ses propres techniques, dans le sens où elle vise à atteindre des objectifs précis, pour pallier aux difficultés de différentes natures (attentionnelles, mnésiques, langagières, procédurales, etc.). Les pratiques de la remédiation cognitive offrent à l'individu des occasions d'expérience d'apprentissage¹ médiatisées par le biais d'activités variées dont les propriétés sont connues pour favoriser chez lui l'émergence de compétences nouvelles (Paour, Bailleux, & Perret, 2009). Plus concrètement, la remédiation cognitive a pour ambition d'améliorer le fonctionnement cognitif à partir de trois types d'entraînement :

- 1) *l'entraînement stratégique* qui se focalise sur l'enseignement de stratégies efficaces, qui sont dans un premier temps expliquées à l'aide d'un exemple concret, puis mises en pratique ;
- 2) *l'entraînement centré sur le déficit de stratégies* qui prévoit, après identification du problème, le recours à une intervention centrée sur l'aptitude qui s'est révélée déficiente ;
- 3) *l'entraînement métacognitif* qui vise à préciser la valeur stratégique sur le contexte de son utilisation.

La pratique de la remédiation cognitive se déroule en deux temps : dans un premier temps, par une évaluation des compétences cognitives de la personne puis, dans un second temps, par l'intervention. Au cours de cette intervention, la personne apprend à repérer les informations importantes à considérer pour réaliser la tâche proposée, à adopter une stratégie de réalisation et à

¹ La notion « d'expérience d'apprentissage médiatisée » a été proposée par Feuerstein pour désigner une forme d'expérience relationnelle particulière dans laquelle un adulte médiatise le fonctionnement et la pensée de l'enfant dans une situation-problème pour l'aider à en abstraire le sens et à tirer de sa résolution une compétence qui dépasse le cadre restreint du problème posé.

l'adapter à son propre fonctionnement et aux exigences de l'exercice. Lors de la remédiation, le professionnel invite la personne à se référer à des situations vécues, connues, afin qu'elle puisse s'y référer pour résoudre la tâche proposée. Le but est de pouvoir généraliser les apprentissages, par la mise en place de stratégies adéquates.

La stratégie cognitive

Il est difficile de traiter la remédiation cognitive sans aborder la stratégie cognitive, qui se définit comme une procédure choisie par l'individu dans le but d'optimiser sa performance (Foulin, Mouchon & La Borderie, 2005). Quatre propriétés lui sont attribuées : elle répond à une logique de but, elle est attentionnelle, optionnelle (le but poursuivi peut être atteint sans recours à la stratégie) et produite de manière spontanée. Quand on aborde le déficit ou la déficience² de stratégies cognitives, c'est pour désigner les processus permettant la sélection et l'application des stratégies cognitives qui sont déficitaires. Clerc (2013) définit trois types de déficiences stratégiques (Clerc, 2013) :

- a) *les déficiences de production* : elles sont définies par le fait qu'un enfant (l'individu), qui ne produisait pas une stratégie de manière autonome, ne commence à la produire qu'après explication et/ou démonstration de l'adulte médiateur ;
- b) *les déficiences de médiation* : elles réfèrent à des formes de déficience stratégique qui attestent de l'échec, au moins provisoire, de l'adulte médiateur à aider l'enfant à appliquer une stratégie.
- c) *les déficiences d'utilisation* : elles consistent en une utilisation stratégique correcte, non suivie du bénéfice attendu, que cette production ait été à la seule initiative de l'enfant (individu) ou qu'elle suive un entraînement dispensé sans incitation à l'utiliser. Dans les deux cas, on attribue la production de la stratégie à la capacité d'autoréguler ses comportements stratégiques, et

² Certains chercheurs, comme Clerc (2013), préfèrent utiliser le terme « déficience stratégique » pour se conformer au terme anglo-saxon.

en particulier à choisir parmi les nombreuses stratégies présentes dans son répertoire.

La métacognition et la remédiation cognitive

La métacognition est un élément majeur de la remédiation. Elle comprend les connaissances métacognitives et les habiletés métacognitives (Pennequin, Sorel, Nanty, & Fontaine, 2011). Les connaissances méta-cognitives correspondent aux connaissances déclaratives à propos des stratégies d'apprentissage et de résolution de problème (processus d'identification et de mise en œuvre d'une solution à une situation-problème). Elles concernent la connaissance et la conscience des stratégies les mieux adaptées selon les contraintes de la tâche et en fonction du fonctionnement propre à l'individu. Les habiletés métacognitives telles que les activités de planification, l'anticipation, le contrôle de l'action, l'auto-évaluation et l'autocorrection, réfèrent à la régulation et au contrôle des processus cognitifs mis en œuvre dans une tâche, soit la conscience et le contrôle de son propre fonctionnement cognitif. Cornoldi et Vianello (1992) ont déjà souligné le rôle critique des deux composantes métacognitives dans le fonctionnement mental de la personne présentant une déficience intellectuelle. Selon eux, ces composantes sont déficitaires autant chez les participants présentant une DI que ceux sans déficience intellectuelle ayant le même âge de développement. De plus, d'autres auteurs (Cornoldi & Campari, 1998; Meador & Ellis, 1987) ont observé que les personnes présentant une déficience intellectuelle ont plus de difficultés que les non-déficients à réaliser des tâches qui demandent un effort volontaire et une analyse consciente des demandes cognitives.

L'analyse fonctionnelle

Il existe plusieurs modèles d'analyse fonctionnelle, mais tous ont pour but le recueil d'observations permettant l'élaboration et la formulation d'hypothèses sur les déterminants, les facteurs d'apparition et de maintien des comportements-problèmes du participant. Elle montre également un intérêt direct pour le participant, car elle favorise sa bonne compréhension des relations existant entre ses comportements, ses pensées, ses émotions et

son environnement. (Chapelle, Monié, Poinot, Rusinek, & Willard, 2014).

Nous avons opté pour une analyse fonctionnelle (voir figure 1) afin de répondre de manière ciblée aux comportements-problèmes rencontrés par le participant dans sa vie quotidienne. L'idée est de ne pas considérer un score obtenu à un test psychométrique comme argument suffisant pour décider de la manière de venir en soutien à l'individu, mais d'analyser avec lui les causes et conséquences comportementales, voire émotionnelles des difficultés mesurées lors de cette évaluation. Le moment de l'analyse de ces répercussions fonctionnelles permet à l'individu de définir et d'exprimer les problèmes qu'il souhaite résoudre en participant au travail thérapeutique (Petit, 2015; Vianin, 2012).

Au travers du cas clinique qui est ici présenté, l'objectif est de tenter de montrer qu'un participant présentant une déficience intellectuelle est apte, après avoir bénéficié d'une remédiation et d'une thérapie de type cognitivo-comportemental, à améliorer ses capacités cognitives, ainsi que sa capacité à repérer et à réguler ses états émotionnels et comportementaux.

MÉTHODE

Dans le but de montrer l'impact que peut avoir une remédiation cognitive et un accompagnement thérapeutique de type TCC dans les aspects cognitifs et affectifs chez un jeune présentant une DI, nous avons fait le choix d'un cas unique pour deux raisons principales.

D'une part, si l'on se réfère à la définition de la déficience intellectuelle proposée par le DSM-V (2013), il est question de prendre en compte l'environnement de la personne, tout comme ses forces et ses faiblesses dans une échelle d'évaluation intellectuelle. Le cas unique se prête davantage à la mise en lumière de ses aspects qualitatifs et dans l'utilisation que l'on peut en faire lors d'une intervention clinique.

De plus, cette recherche se veut être un appui pour les praticiens qui sont confrontés à la problématique de la déficience intellectuelle et qui souhaitent aider

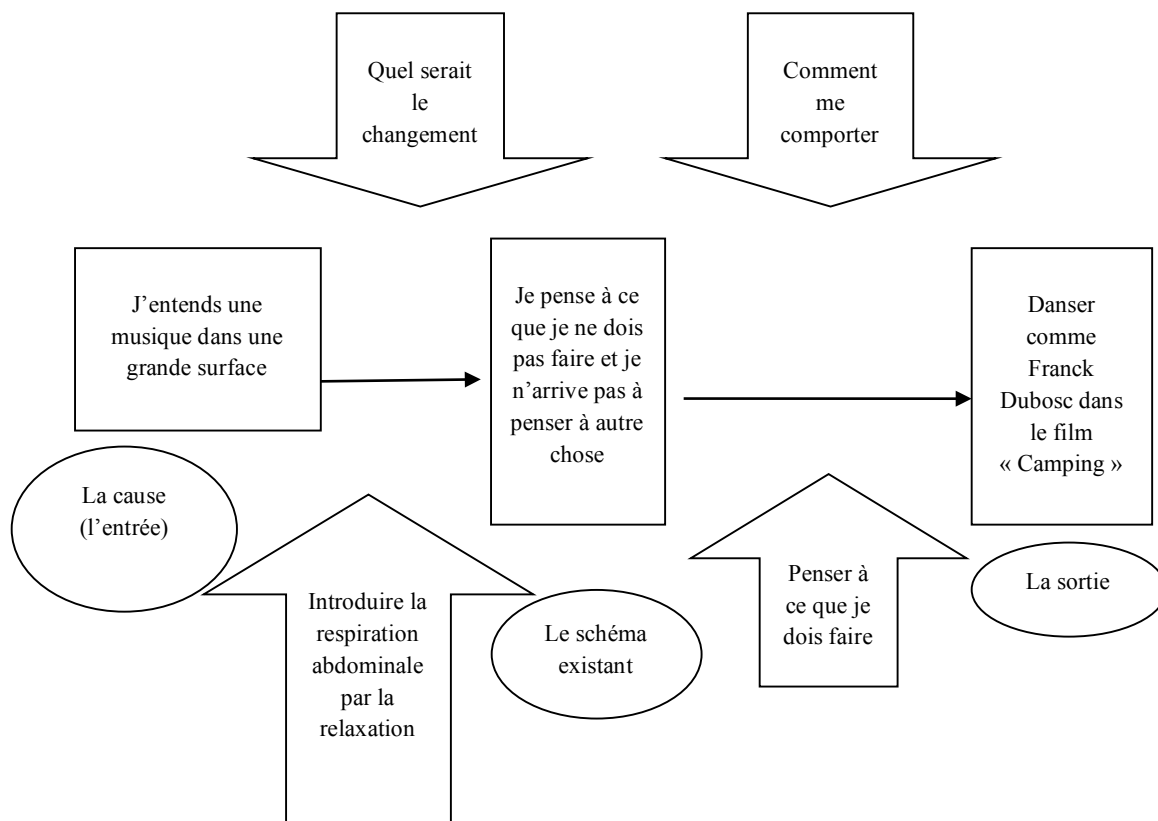


Figure 1. Schéma d'analyse fonctionnelle d'une situation élaborée avec Louis.

les personnes à développer leurs potentialités. Le cas unique fait appel à un format de présentation facilement applicable dans un cadre institutionnel ou dans une pratique libérale.

Participant

L'étude a été réalisée auprès d'un jeune adolescent né en France, Louis³, âgé de 14 ans. Il vit seul avec sa mère et est resté en contact avec son père, qui ne l'a pas reconnu, jusqu'à l'âge de 4 ans et dont les liens se sont rompus par après. L'acquisition de la

propreté s'est faite tardivement, tout comme l'acquisition de l'autonomie pour l'activité d'habillage notamment. Les premiers mots ont été prononcés entre l'âge de 1 an et demi et 2 ans. Des difficultés psychomotrices ont nécessité un suivi dès l'âge de 2 ans, notamment pour des lacunes en motricité fine. Sur plan affectif, il s'agit d'un adolescent qui a présenté, dès son plus jeune âge, des conduites régressives sur un fond d'instabilité importante, des réactions d'angoisse et des stéréotypies motrices. Louis est décrit par le pédopsychiatre qui le suit comme étant un adolescent fragile. Il présente des troubles obsessionnels compulsifs ainsi que des troubles de l'humeur versant expansifs. Louis a également des troubles idéomoteurs, ainsi qu'une anxiété massive.

³ Prénom fictif. Le prénom a été changé conformément au Code de Déontologie qui demande de respecter l'anonymat dans le cadre d'une recherche.

Il a suivi une scolarité en classes ordinaires jusqu'en CE2⁴, pour ensuite poursuivre son parcours scolaire en enseignement spécialisé, classe pour l'inclusion scolaire (CLIS), à cause de difficultés de compréhension et de concentration.

Le contexte de la recherche

Louis nous a été présenté par l'équipe éducative suite à des troubles du comportement qui se traduisaient par des comportements socialement inadaptés comme, par exemple, danser de manière inopinée dans les grandes surfaces ou encore exhiber ses parties intimes en public. Ces comportements se manifestaient surtout lors de situations stressantes ou contraignantes pour lui.

Au regard des difficultés présentées par Louis, nous avons, dans un premier temps, procédé à un bilan psychologique (phase de test) pour évaluer le degré de ses difficultés sur le plan intellectuel (cognitif), psychologique (estime de soi), adaptatif (comportement) et physiologique (anxiété). Nous avons par la suite effectué un accompagnement thérapeutique cognitivo-comportemental d'une durée de 2 ans. Enfin, nous avons de nouveau soumis Louis aux mêmes tests afin d'évaluer ses progrès ainsi que la pertinence de l'accompagnement (phase de re-test). Le suivi s'est fait dans un Institut Médico Educatif (IME) de février 2011 à juin 2013.

Les instruments d'évaluation

Quatre axes ont été mis en relief au travers des outils choisis : cognitif, physiologique, psychologique et adaptatif (comportemental) (Bussy, 2008).

L'aspect cognitif

Nous avons évalué les capacités intellectuelles du participant à l'aide d'une échelle de Weschsler, la WISC-IV (Weschler, 2007), adaptée pour les participants âgés de 6 à 16 ans et 11 mois. Ce test permet de faire le point sur les capacités de compréhension, de mémorisation, de raisonnement, de résolution de problèmes de pensée abstraite, de

faculté de jugement, d'apprentissage théorique (académique) et d'apprentissage par l'expérience de Louis. Face aux difficultés pratiques et de motricité fine présentées par Louis, ainsi qu'à l'importance des capacités visuo-spatiales qui jouent un rôle dans l'orientation géographique et dans la planification (Baddeley, 1993), nous lui avons proposé le Test d'Organisation visuo-spatiale de Hooper (HVOT). Facile d'utilisation (Hooper, 1958 ; Mailloux, 2004). Il s'agit de reconnaître et de nommer trente images fragmentées, dont les morceaux sont disposés à la manière d'un puzzle. La réussite dépend des habiletés de synthèse et d'analyse visuelle ainsi que de la capacité de dénomination orale ou écrite. Les résultats obtenus par Louis à la WISC-IV et au Test d'organisation visuo-spatiale de Hooper sont présentés à la figure 2 et aux tableaux 1 à 3 pour les phases de test et de re-test.

L'aspect physiologique

Afin de vérifier la présence et/ou le niveau d'anxiété de Louis, nous avons choisi l'Inventaire d'Anxiété Etat-Trait (STAI Y-A) (Spielberger, 1983). L'Anxiété Etat est un état temporaire qui s'exprime par des réactions émotionnelles face à une situation donnée. L'Anxiété Trait se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à une situation particulière par l'élévation de l'intensité des réactions d'anxiété Etat. L'Anxiété Trait peut aussi refléter les différences inter-individuelles quant à la fréquence et à l'intensité des états anxieux passés et à venir (Spielberger). L'Echelle d'Anxiété Etat permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude. Un score à cette échelle peut être élevé lorsque l'individu se trouve face à un danger physique ou à un stress psychologique. A l'inverse, un score faible peut s'observer en réponse à la nervosité et à l'inquiétude. Un score à cette échelle peut être élevé lorsque l'individu se trouve face à un danger physique ou à un stress psychologique. A l'inverse, un score faible peut s'observer en réponse

⁴ Classe élémentaires équivalent 3^{ème} primaire en Belgique, Suisse et au Québec.

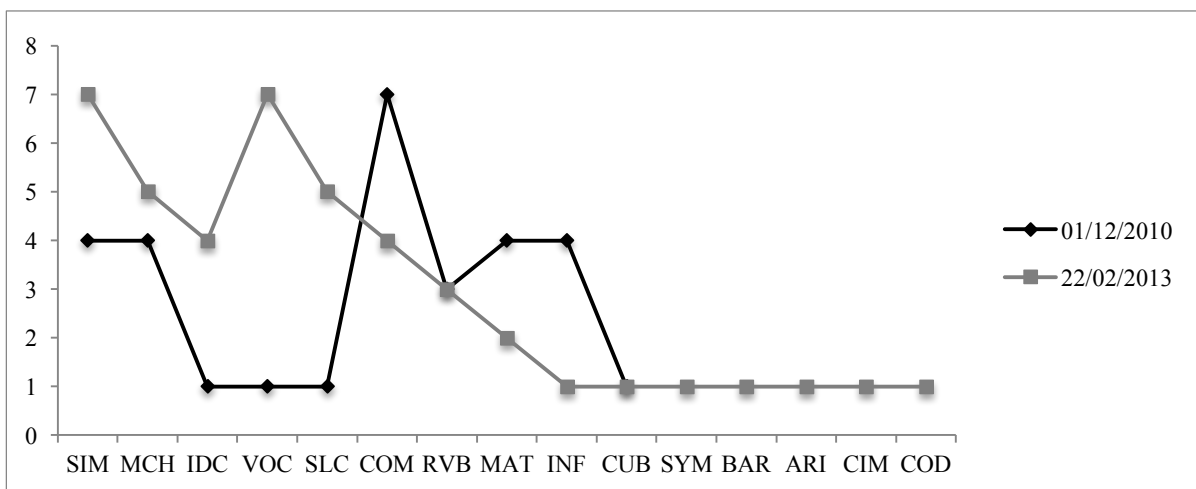


Figure 2. Représentation schématique des scores de Louis aux épreuves de WAIS-IV (test et re-test).

Tableau 1

Résultats obtenus par Louis à la WISC-IV (Test et Re-test)

	Décembre 2010 (Test)	Février 2013 (Re-test)
ICV (Indice de Compréhension Verbale)	58-76*	72-89*
IRP (Indice de Raisonnement Perceptif)	49-67*	49-67*
IMT (Indice de Mémoire de Travail)	54-72*	65-82*
IVT (Indice de vitesse de Traitement)	48-68*	48-68*
QIT (Quotient Intellectuel Total)	42-56*	47-61*

*Intervalles de confiance à 95 %

Tableau 2

Détail des résultats obtenus par Louis aux épreuves de la WISC-IV (Test et Re-test)

Date d'examen	SI M	MCH	IDC	VO C	SL C	CO M	RV B	MA T	IN F	CU B	SY M	BA R	AR I	CI M	CO D
10/12/2010	4	4	1	1	1	7	3	4	4	1	1	1	1	1	1
22/02/2013	7	5	4	7	5	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1

Tableau 3

Résultats de Louis au test de Hooper (test et re-test)

	Score T	Probabilité de la déficience
Juin 2012 (Test)	7	Très élevé
Mai 2013 (Re-test)	10	Très élevé

à une séance de relaxation par exemple. Une technique de relaxation a été introduite dans le but d'aider Louis à passer d'un niveau procédural implicite vers un niveau conceptuel explicite et décontextualisé (Karmiloff-Smith, 1992). L'apprentissage progressif de la relaxation a permis d'améliorer le seuil de tolérance de Louis et de lui faire prendre conscience de la différence entre le traitement d'information (input) sans relaxation, le ressenti ou l'émotion (processus automatique) et le vécu après la relaxation (processus contrôlé). Les résultats obtenus par Louis à la STAI Y-A sont présentés dans la figure 3 et au tableau 4 pour les phases de test et de re-test.

L'aspect psychologique

L'estime de soi, qui est une composante essentielle à la réussite fut également évaluée. Certes, il est difficile et réducteur d'appréhender l'estime de soi par des mesures regroupant en un seul score les évaluations relevant de différents domaines. Les outils disponibles permettent de récolter des informations soit rapportées par l'individu lui-même, soit par autrui (par exemple les parents). Pour l'évaluation de l'estime de soi de Louis, notre choix s'est porté sur l'Echelle Toulousaine de l'Estime de Soi (E.T.E.S), car elle distingue les différents «Soi» par des données auto-rapportées et par sa facilité d'emploi (Oubrayrie, de Léonardis, & Safont, 1994). Il s'agit d'une échelle d'attitude permettant d'obtenir un indice d'estime de soi qui témoigne de la perception plus ou moins positive que le participant a de lui-même suivant qu'il déclare posséder des attributs socialement valorisés ou pas, et suivant la perception qu'il a de sa

compétence et de ses capacités. L'estime de soi globale (ES) est évaluée à travers cinq dimensions (totalisant 60 items) : (1) le contrôle émotionnel, la maîtrise de l'impulsivité, qui correspond au soi émotionnel (SE), (2) la reconnaissance sociale et la considération d'autrui vis-à-vis de l'individu, référant au soi social (SSoc), (3) la compétence scolaire qui correspond au soi scolaire (SSco), (4) les anticipations de soi dans le futur correspondant au soi futur (SF), (5) les capacités, l'aptitude sportive et l'apparence physique qui se réfèrent au soi physique (SP). L'ensemble des questions ont été lues par Louis et nous intervenions lorsqu'il ne lisait pas correctement à voix haute. Les résultats obtenus par Louis à l'ETES sont présentés dans les figures 4 et 5 et les tableaux 5 et 6 pour les phases de test et de re-test.

L'aspect comportemental

Une grille d'évaluation permettant d'observer le comportement de Louis chaque jour dans tous ses milieux de vie fut mise en place. Elle a été conçue pour observer l'ensemble des comportements inadaptés de Louis. Le travail avec les membres de l'équipe éducative et pédagogique a été nécessaire pour comprendre l'ampleur des difficultés comportementales de Louis, leur fréquence d'apparition ainsi que les moments durant lesquels les comportements inadaptés se manifestaient. Cette pluridisciplinarité fut également primordiale pour comprendre où se situaient les difficultés d'apprentissage de Louis et les liens avec ses troubles du comportement (voir tableau 7) (Lecomte & Leclerc, 2004). La grille n'a pas uniquement la fonction de mesurer le degré d'in-

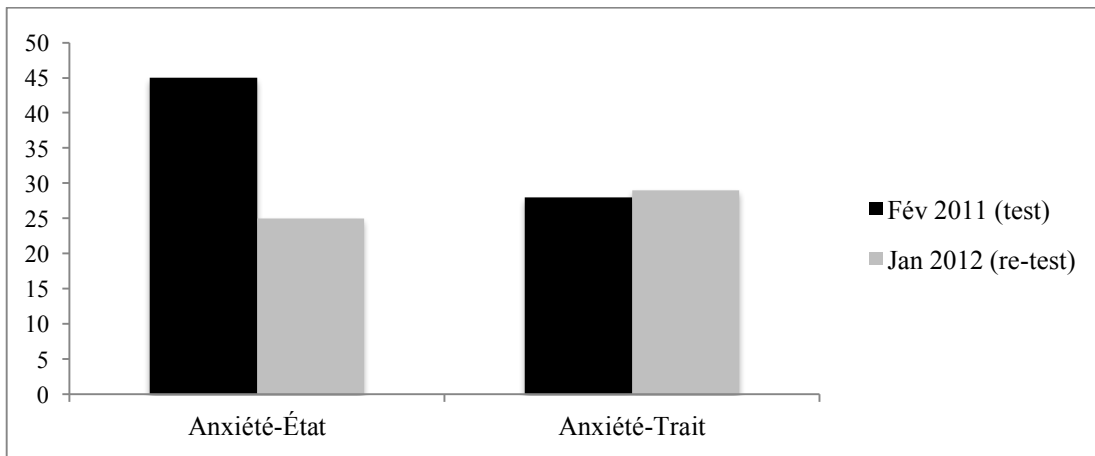


Figure 3. Représentation schématique des scores de Louis à la STAI-A (test et re-test).

Tableau 4

Résultats obtenus par Louis à la STAI Y-A (Test et Re-test)

STAI	Anxiété -Etat	Anxiété -Trait
Fév.-11 (Test)	60	58
Fév.-12 (Re-test)	46	33

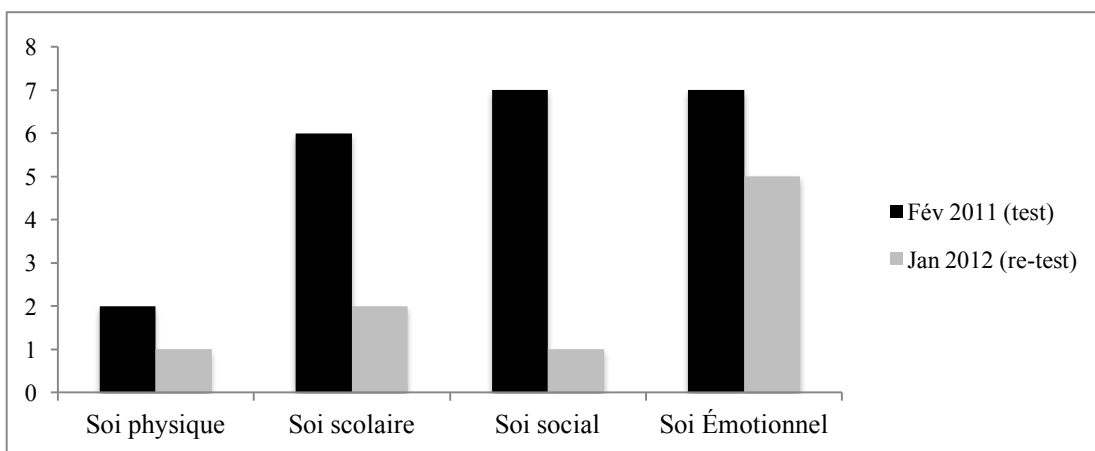


Figure 4. Représentation schématique des scores de Louis à l'ETES (test et re-test) pour les items valorisants.

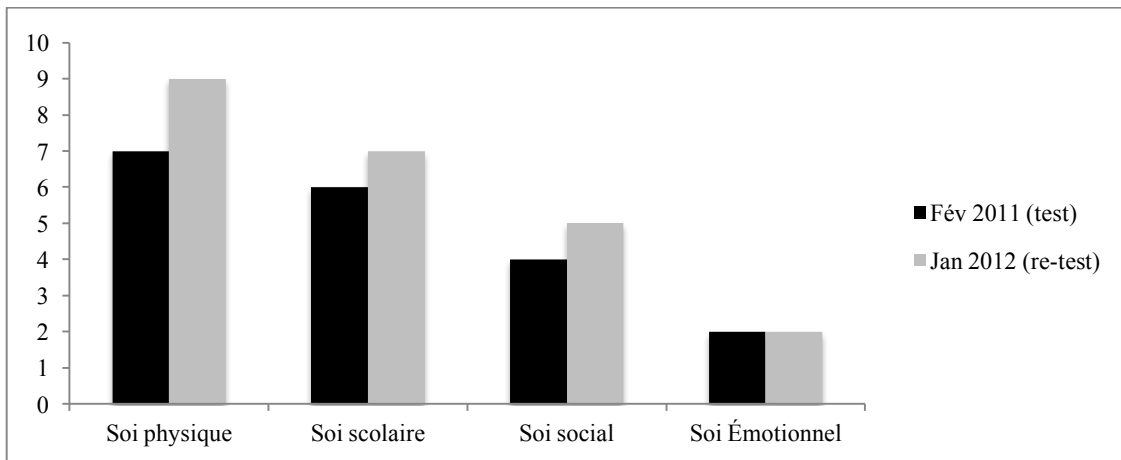


Figure 5. Représentation schématique des scores de Louis à l'ETES (test et re-test) pour les items non valorisants.

Tableau 5

Scores obtenus par Louis à l'ETES (Test et Re-test) pour les items valorisants

Items valorisants	Soi Physique	Soi Scolaire	Soi Social	Soi Emotionnel
Févr-11 (test)	7	6	4	2
Janv-12 (re-test)	9	7	5	2

Tableau 6

Scores obtenus par Louis à l'ETES (Test et Re-test) pour les items non valorisants

Items non Valorisants	Soi Physique	Soi Scolaire	Soi Social	Soi Emotionnel
Févr-11 (test)	2	6	7	7
Janv-12 (re-test)	1	2	1	5

Tableau 7

Modèle d'évaluation sur quatre jours

02- 06 mai 2011	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Moyennes
Avec l'adulte	7	0	0	0	1,75
Avec les camarades	4	0	0	0	1
Violence physique	5	0	0	0	1,25
Violence verbale	5	0	0	0	1,25
Grimaces	5	0	0	0	1,25
Comportement type sexuel	1	0	0	0	0,25
Humeur	4	0	3	3	2,5
Balancement	2	0	0	0	0,5
La danse	1	0	0	0	0,25
Les activités proposées	7	0	3	3	3,25
Évaluation	4,1	0	0,6	0,6	

adaptation des comportements de Louis, mais elle joue également un rôle de :

- médiateur entre l'éducateur référent et les autres éducateurs ou autres intervenants concernant Louis,
- médiateur entre l'éducateur et Louis,
- médiateur entre le psychologue et Louis (rencontre hebdomadaire),
- médiateur entre le psychologue et la maman (rencontre mensuelle),
- valorisation des comportements positifs de Louis,
- outil pour l'analyse fonctionnelle,
- repérage des moments où les comportements inadaptés sont exacerbés,

- repérage des comportements les plus dominants,

- revalorisation du travail de l'éducateur.

Les comportements de Louis ont été noté de 0 à 10, allant de « mal adapté » à « très bien adapté », pour faciliter la tâche à l'éducateur référent, qui l'évaluait tous les jours, et valoriser les comportements adaptés. Nous avons transformé par la suite les notes par cette équation : $10-x=y$ (x étant la note moyenne obtenue et y, la note moyenne transformée) pour faciliter l'explication des résultats de la grille au psychologue, à Louis et à sa mère. Nous avons inversé, dans les tableaux 7 et 8, le 0 (très bien adapté) et le 10 (mal adapté) (voire tableaux 7 et 8 et figures 6 à 14).

Tableau 8

Moyenne des notes obtenues pour la grille d'observation sur quatre semaines

Avril 2011	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 1	0,19	0,28		0,07	0
Semaine 2	0,25	0,08	0,11	0	0
Semaine 3	1,04	0	0,51	0,12	0,19
Semaine 4	1,22	0	0,4	0,08	0

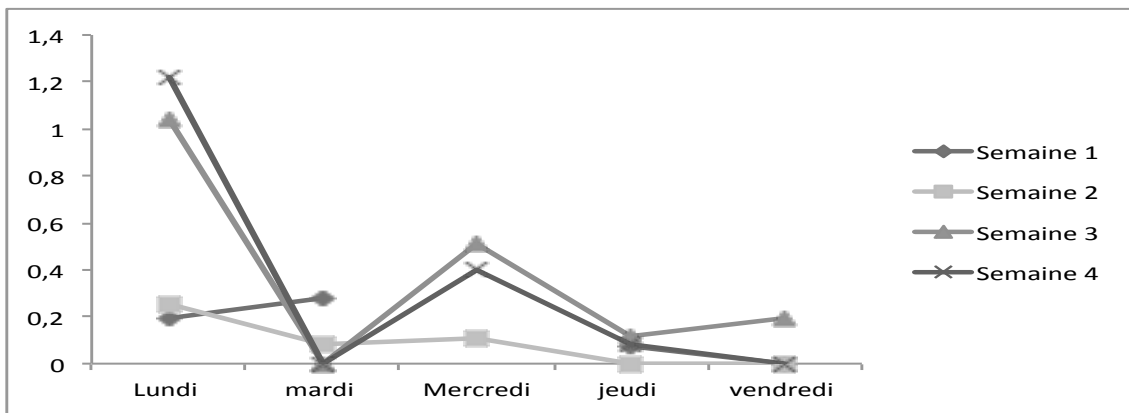


Figure 6. Moyennes des notes obtenues sur un mois selon les jours de la semaine.

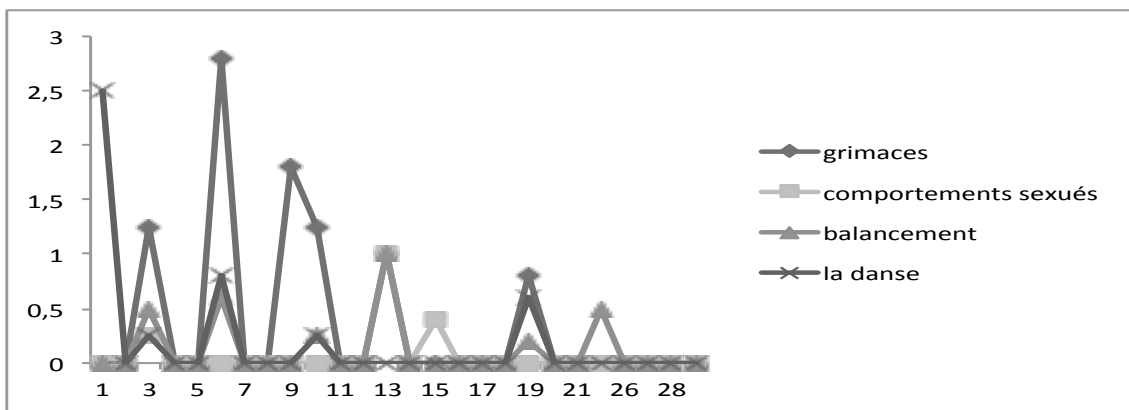


Figure 7. Moyennes des notes obtenues en fonction de comportements problématiques (2011-2012).

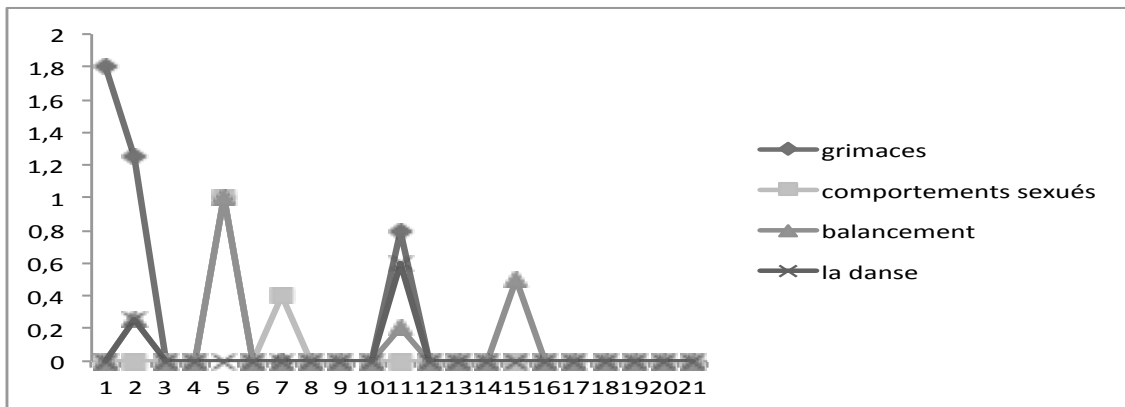


Figure 8. Moyennes des notes obtenues en fonction de comportements problématiques (2012-2013).

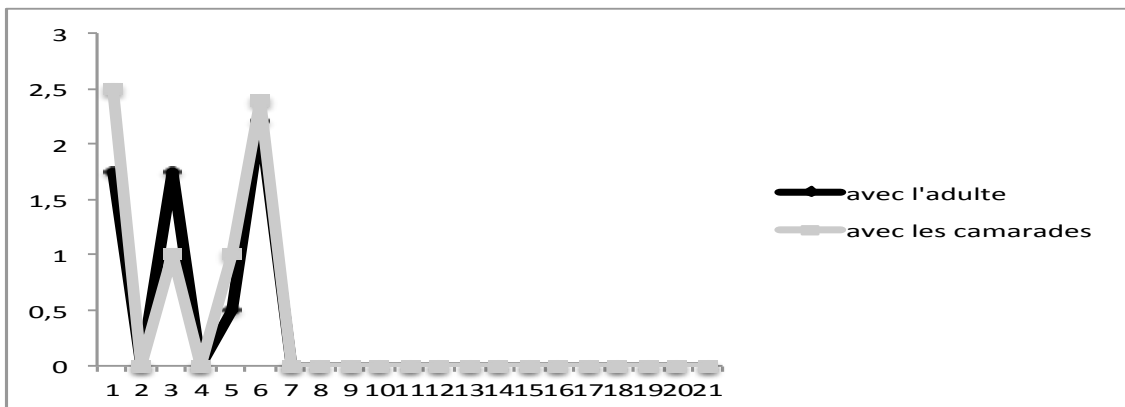


Figure 9. Présente la moyenne des notes obtenues en fonction des personnes (2011-2012).

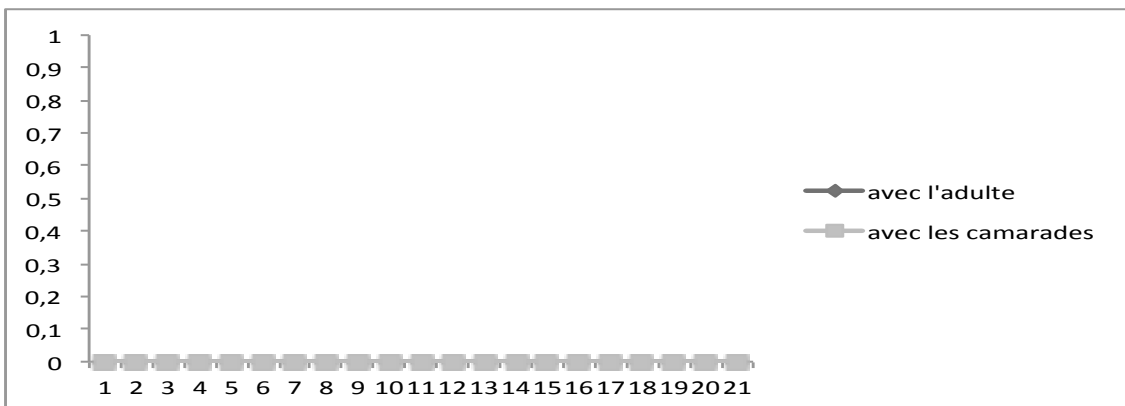


Figure 10. Présente la moyenne des notes obtenues en fonction des personnes (2012-2013).

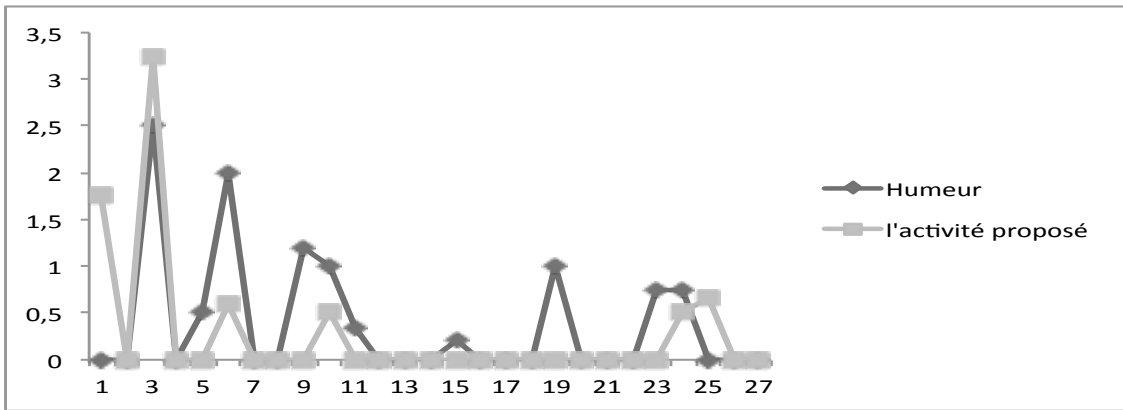


Figure 11. Moyenne des notes obtenues en fonction des situations (2011-2012).

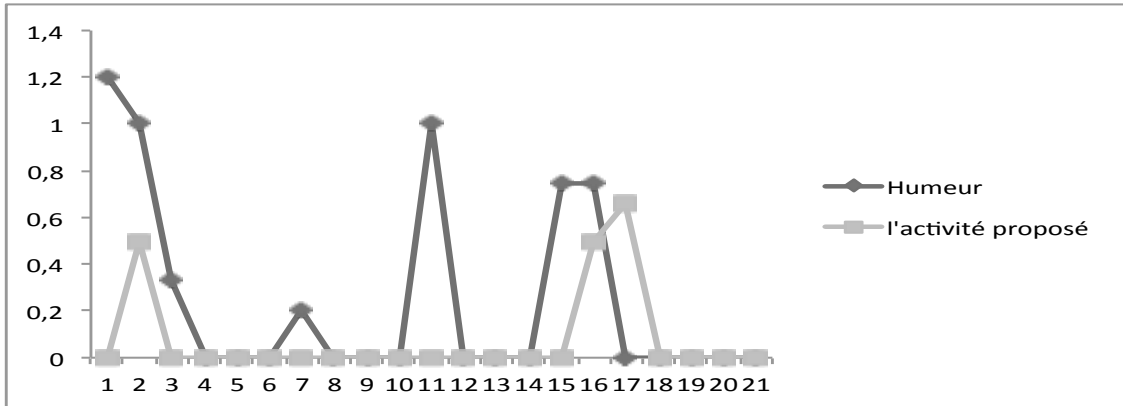


Figure 12. Moyennes des notes obtenues en fonctions des situations (2012-2013).

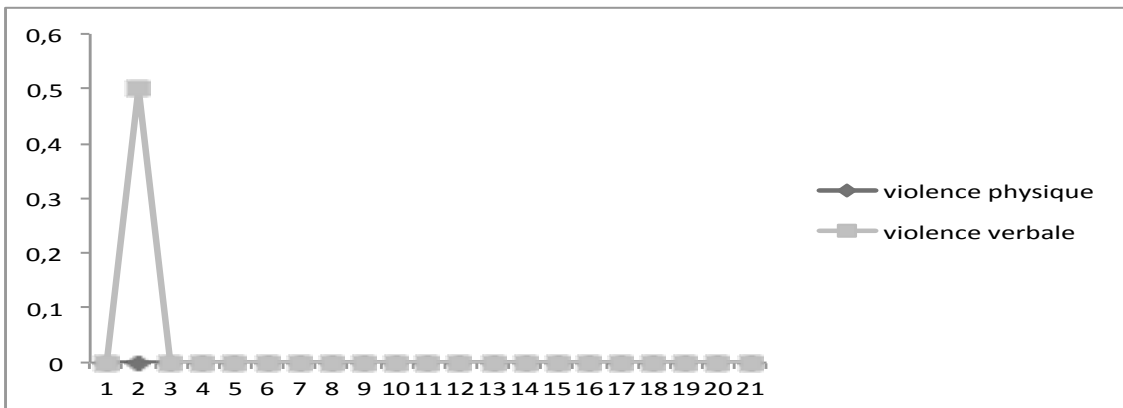


Figure 13. Moyennes des notes obtenues en fonction des violences (2011-2012).

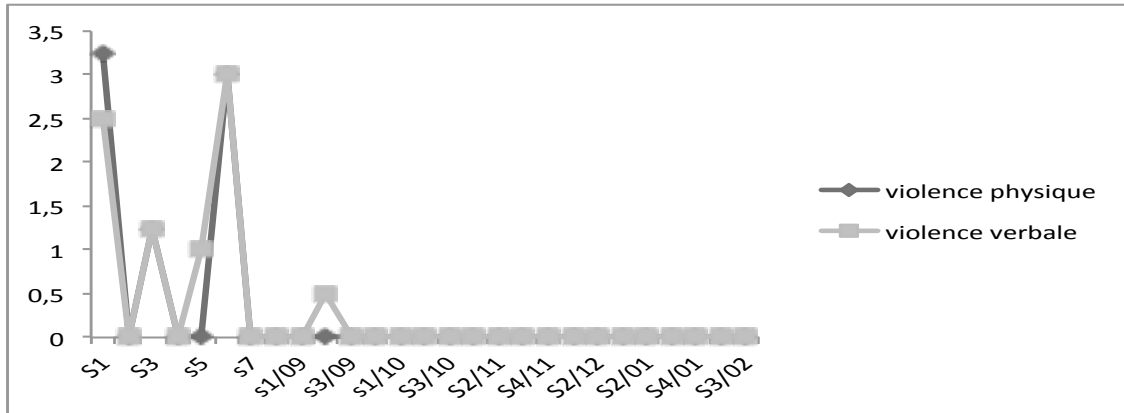


Figure 14. Moyennes des notes obtenues en fonction des violences (2012-2013).

Description du dispositif d'accompagnement dans le cas de Louis

Le contrat thérapeutique

Un contrat thérapeutique avec Louis avait pour but de diminuer les comportements inadaptés, de réduire son anxiété, de lui faire apprendre de nouvelles stratégies d'apprentissage et de restaurer son estime de soi.

Nous sommes intervenus sur trois niveaux :

- 1) *le milieu écologique* par la modification de routines ou de l'environnement afin de prévenir l'apparition des comportements inadaptés, en utilisant la grille d'évaluation ;
- 2) *les stratégies réactives* par l'acquisition, par les intervenants, de techniques et de stratégies pour gérer les comportements inadaptés quand ils en manifestaient, en utilisant les schémas explicatifs par l'analyse fonctionnelle ;
- 3) *le comportement* par le biais d'interventions comportementales impliquant la suppression du comportement inadéquat en ayant recours à des renforcements positifs (Marlène, Stipanovic, & Robitaille, 2011).

Le niveau 1 (le milieu écologique) : Après avoir analysé les moyennes des notes obtenues sur l'ensemble des jours et des semaines et aussi en fonction des activités réalisées, nous avons pu cibler plus précisément les moments d'apparition des comportements-problèmes et agir sur le milieu écologique de Louis, notamment en réorganisant son emploi du temps. Cette grille a permis d'intervenir sur les stratégies réactives de l'équipe éducative, soignante et pédagogique, lorsque les comportements inadaptés de Louis faisaient leur apparition. Cette grille a servi de support pour la mise en place d'un accompagnement axée sur la suppression des comportements problèmes, en proposant à Louis des stratégies de faire-face (*stratégie de coping*) et en utilisant un support visuel, des situations schématisées portant sur chacune des situations vécues (voir figure 1). Louis participait à la réalisation de ces schémas et, peu à peu, il arrivait à repérer seul les situations stressantes et à les gérer.

Le niveau 2 (les stratégies réactives) : Après avoir estompé les comportements-problèmes, nous avons tenté de lui apprendre les techniques et les stratégies pour gérer les comportements inadaptés lorsqu'ils apparaissent. Dans ce cadre, nous lui avons appris la technique de la respiration abdominale afin de diminuer le niveau d'angoisse

de Louis et lui faire prendre conscience de sa respiration (Antoine & Poinso, 2008). Par la suite, nous avons introduit la technique de la relaxation. L'exercice consiste à fermer les yeux et à se concentrer sur un objet de son choix. Au début, cette relaxation s'est réalisée dans le silence. Des sons distrayeurs ont été introduits quelques séances plus tard. L'objectif était qu'il fasse abstraction des distrayeurs en pensant uniquement à l'objet choisi. Au début, quelques difficultés se sont fait ressentir, cependant, à la 6^e séance Louis a réussi à intégrer cette technique.

Le niveau 3 (travailler sur le comportement-problème) : Après avoir repéré les comportements problématiques et lui avoir appris de nouvelles techniques et stratégies pour les gérer, nous avons introduit des situations perturbantes dans le cadre des séances hebdomadaires : par exemple Louis travaille sur une activité, un élément perturbateur est alors introduit (la musique). L'objectif est que Louis inhibe cet élément perturbateur et qu'il poursuive son activité.

Le déroulement d'une séance

Les séances d'intervention ont duré de 30 à 40 minutes. Ces séances comportaient 4 étapes (temps) soient *Le temps 1*, constitué de 5 minutes de relaxation, *le temps 2* où les résultats de la grille étaient présentés à Louis afin de renforcer ses comportements adaptatifs, *Le temps 3* dédiée à réfléchir, avec Louis, à une situation dans laquelle il peine à maîtriser son comportement et l'analyser (analyse fonctionnelle) suivie d'une nouvelle période de 5 minutes de relaxation (temps 4).

RÉSULTATS

Axe 1(Cognitif)

Entre 2010 et 2013, on observe chez Louis une hausse des capacités intellectuelles, principalement en ce qui concerne les compétences langagières avec un gain de 15 points à l'Indice de Compréhension Verbale (ICV). C'est un adolescent qui est en progrès sur le plan langagier, tant dans le versant réceptif qu'expressif, avec un stock lexical plus étoffé (sous-test *Vocabulaire*). Louis est plus disponible dans les apprentissages et ses progrès sont facilités par la présence de meilleures performances en mémoire de travail (+12 points

entre le test et le re-test à l'IMT), ce qui lui permet la mise en lien et en sens de ce qu'il fait. Au sous-test *Séquence Lettres-Chiffres*, Louis montre de meilleures capacités dans la restitution orale d'informations de nature différente (alphabétique et numérique). De bonnes capacités de représentation mentale sont mises en relief. En revanche, nous n'observons aucune amélioration concernant les aspects non-verbaux mis en exergue au travers de l'*Indice de Raisonnement Perceptif* (IRP), ainsi que dans la *vitesse de traitement* (IVT). L'abstraction semble encore délicate pour Louis et la lenteur, dont il fait preuve avant l'accompagnement, est également toujours bien présente à l'issue de celle-ci.

Les résultats au test d'*Organisation visuo-spatiale* du Hooper (HVOT) montrent qu'il n'y a aucune évolution entre le test et le re-test. En effet, Louis se situe toujours dans la zone « très déficitaire ». Ainsi, les habiletés de synthèse et d'analyse visuelle, tout comme la capacité de dénomination orale et écrite, sont problématiques.

Axe 2 (Physiologique)

En ce qui concerne l'anxiété, on observe une évolution significative pour l'Anxiété Trait, qui passe de la zone d'anxiété élevée (T=58 qui se trouve dans la zone [56-65] équivalant en centiles [70-93]) à la zone très faible (T=33 qui se trouve dans la zone < 35 équivalant en centiles [1-7]). Pour l'anxiété Etat, Louis est passé de la zone d'anxiété élevée (T= 60 qui se trouve dans la zone [56-65] équivalant en centiles [70-93]) à la zone moyenne (T=46 qui se trouve dans la zone [46 -55] équivalant en centiles [32-69]).

Axe 3 (Psychologique)

L'ETES a permis de souligner la hausse des items valorisants et ceci dans tous les domaines du Soi (Physique, Scolaire, Social et Emotionnel) et, par ailleurs, on constate une baisse des scores aux items non valorisants dans ces mêmes domaines. Nous faisons l'hypothèse que l'estime de soi, fortement corrélée à la hausse des performances, a augmenté en fonction de celles-ci, Louis se sentant moins en échec sur le plan intellectuel.

Axe 4 (Comportemental)

Lorsqu'on observe les moyennes de scores obtenus entre 2011 et 2013 (figure 7 à 14) en fonction de comportements problèmes, de personnes, des situations et des violences, on constate que les scores tendent vers « 0 », c'est-à-dire l'absence de comportement problème.

En fonction de comportements problèmes on constate que les scores obtenus au niveau de la danse et comportements sexués à partir de la 7^e semaine (figure 7) tendent vers « 0 » (absence de problème) et quasi absentes entre 2012/2013 (figure 8). Cependant, les balancements et les grimaces font apparition inopinément à partir de 7 semaines et se stabilisent en seconde année 2012-2013. Les scores obtenus en fonction des relations avec des personnes (relation avec l'adulte et les camarades) tendent vers « 0 » à partir de la 7^e semaine (figures 9 et 10) et qui se sont ensuite stabilisées. Concernant les scores obtenus en fonction des situations, on constate qu'ils varient entre 0 et 1, c'est-à-dire d'un niveau faible, et se stabilisent par après (entre 0 et 1) (figures 11 et 12). Enfin concernant, les scores obtenus en fonction des violences (Physique ou verbale) on constate que, dès la 7^e semaine, ils se sont stabilisés au niveau « 0 » (figures 13 et 14).

DISCUSSION

La présente étude à cas unique, supportent les travaux de Van der Molen (2009) et Pennequin et al. (2011), qui indiquent, d'une part, qu'une personne présentant une déficience intellectuelle peut accroître ses capacités cognitives et, d'autre part, qu'un accompagnement psychoéducatif de type cognitivo-comportemental peut avoir des effets positifs sur divers aspects, psychologiques (estime de soi) et cognitifs d'un jeune présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement associés.

L'ensemble des résultats révèle qu'avec cet accompagnement, Louis a réussi à développer des stratégies cognitives qui lui ont permis de maîtriser les situations auxquelles il était confronté. L'augmentation des indices ICV et IMT entre le test et le re-test pourrait s'expliquer par la disposition de Louis à augmenter ses capacités

d'encodage (la hausse de l'indice IMT) et ceci a permis d'augmenter ses capacités de compréhension verbale (IVC). En outre, le fait d'intervenir sur l'environnement des apprentissages a réduit le niveau de stress.

Néanmoins, il ne faut pas omettre l'apport bénéfique de l'accompagnement scolaire et éducatif. Les techniques psychoéducatives, la remédiation cognitive et la thérapie cognitivo-comportementale proposées nous amènent à nous interroger sur la méthode et les adaptations nécessaires pour l'accompagnement des personnes présentant une déficience intellectuelle. Idéalement, l'accompagnement devrait prendre en compte la personne dans sa globalité (son environnement, la manière dont l'individu traite et gère l'information, les schémas cognitifs existants, les stratégies utilisées, etc.).

Dans l'étude de cas présentée, il appert que Louis a eu des scores très élevés en *Anxiété Trait*, ainsi que les items dévalorisants de l'ETES. Ceci pourrait expliquer l'instabilité et l'impossibilité pour Louis de traiter les informations quand son environnement ou l'information qu'il reçoit est anxiogène (Lefrançois, Van Diji, Bardel, Fardin, & El Moussioui, 2011). D'ailleurs, il l'exprime lui-même lors des séances « *Je ne sais pas pourquoi je fais ça* ». Cette incapacité est également associée à l'absence d'une stratégie cognitive efficace pour faire face à « des situations-problèmes ». Après avoir repéré, avec lui, les situations qui lui posaient problème, nous les avons modifiées de manière à accroître sa motivation pour le rendre actif dans le processus psychoéducatif. L'introduction de la respiration abdominale en début et en fin de chaque séance (une durée de 3 à 5 minutes au maximum) lui a permis de prendre conscience de sa respiration. Plus tard, lorsque nous avons introduit des distracteurs et qu'il a réussi à se contrôler, Louis a renforcé davantage sa confiance et son estime de lui-même. Travailler l'estime de soi en même temps que le contrôle de soi par la respiration lui a permis de se poser et de ne pas être constamment en alerte (ralentir le traitement de l'information). Enfin, l'introduction des schémas explicatifs (analyse fonctionnelle) a permis à Louis, d'une part, de comprendre les situations-problèmes, ainsi que son propre mode de fonctionnement et, d'autre part, de donner sens à ce qu'il fait et de

mettre en place des stratégies cognitives de faire-face (*coping*). Nous avons repéré l'ensemble des situations-problèmes et, à chaque fois, nous avons procédé de la même manière (stratégie d'autorépétition). Louis, de lui-même, a dit lors d'une séance « *Maintenant j'ai compris, avant je pensais à ce que je ne dois pas faire et maintenant je pense à ce que je dois faire.* ». Louis a également réussi à transférer ses capacités et à généraliser ses acquis dans différents lieux de vie afin de transformer ses troubles du comportement en comportements adaptés.

CONCLUSION

La présentation de ce cas clinique, avec un accompagnement en milieu écologique, renforce les études existantes (Brown, Duff, Karatzias, & Horsburgh, 2011); l'accompagnement d'une personne présentant une déficience intellectuelle par les techniques d'accompagnement psychoéducatives comme les thérapies cognitivo-comportementales améliorent leurs capacités adaptatives. En conséquence, elles amélioreraient leurs capacités cognitives globales. Cette étude montre un aperçu des modalités d'accompagnement et permet de mettre en avant les bénéfices cliniques que l'on peut en attendre.

Sur le plan du diagnostic des comportements-problèmes, les tests ont été très utiles pour orienter notre accompagnement. De plus, la grille nous a aidé dans le repérage des situations stressantes et leur fréquence, ce qui a nécessité la réadaptation de

l'environnement afin de réduire l'apparition des comportements inadaptés.

Sur le plan de l'accompagnement psychoéducatif, l'analyse fonctionnelle, la respiration abdominale, l'exposition graduée aux situations anxiogènes, ainsi que la remédiation cognitive, notamment sur le biais de représentation et le sentiment d'incapacité à gérer ses émotions, et en conséquence ses comportements inadaptés, et enfin développer de nouvelles stratégies cognitives, ont été les techniques les plus adaptées pour cette situation clinique. Cependant, il ne faut pas négliger l'apport des accompagnements scolaire et éducatif. Il importe de signaler que l'absence de stratégies en distorsion chez Louis, au début de l'accompagnement thérapeutique, a facilité la tâche de lui apprendre des nouvelles stratégies sans résistance. Ainsi, en plus d'une relation de confiance (clinicien-patient), Louis a découvert de nouvelles stratégies qu'il a tenté de généraliser à d'autres environnements (familial, scolaire et éducatif).

Le fait que les personnes présentant une déficience intellectuelle associée à des troubles du comportement peuvent bénéficier d'une intervention cognitivo-comportementale apparaît tout à fait envisageable et cette mise en pratique pourrait induire une amélioration clinique significative. Cependant, étudier l'apport du scolaire et de l'éducatif indépendamment de l'intervention psychoéducative serait bénéfique. De plus, des études complémentaires sont nécessaires pour enrichir et généraliser cette technique thérapeutique.

EFFECT OF A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN ACCOMPANYING A CHILD WITH INTELLECTUAL DISABILITY AND BEHAVIORAL DISORDERS: THE CASE OF LOUIS

Many previous studies pointed out that children with intellectual disability (ID) present cognitive problems characterized by difficulties in encoding and processing the information as well as a deficit of the cognitive strategies used. The objective of this study is to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy and cognitive remediation on the cognitive abilities and behavior disorders of a child with ID. This study concerns Louis, a young teenager with a diagnosis of ID, and who, after two years of therapy support, initiated by cognitive remediation followed by cognitive therapy could improve his cognitive abilities associated with a decrease in his behavior disorders.

RÉFÉRENCES

- Antoine, P., & Poinso, R. (2008). *La résolution de problème en psychothérapie*. Paris, FR : Dunod.
- APA. (2003). *D. S. M. IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd.). Paris, FR: Masson.
- APA. (2013). *D. S. M. V: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, FR: Masson.
- Baddeley, A. (1993). *La mémoire humaine théorie et pratique*. Grenoble, FR : Presse Universitaire de Grenoble.
- Bazin, N., Passerieux, C., Hardy-Bayle, M.-C. (2010). Une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20, 16-21.
- Brown, M., Duff, H., Karatzias, T., & Horsburgh, D. (2011). A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities: Issues for research, policy, education and clinical practice. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 31-45.
- Büchel, F., & Paour, J.-L. (2005). Déficience intellectuelle : déficits et remédiation cognitive. *Enfance*, 5(2), 135-158.
- Bussy, G. (2008). Définition du retard mental, épidémiologie, évaluation clinique. *Mt pédiatrique*, 11(4). Repéré à http://www.jle.com/download/--mtp-278663_definition_du_retard_mental_epidemiologie_evaluation_cliniqueVZlaWX8AAQEAAAD_XgZLUAAAAJ.pdf
- Chapelle, F., Monié, B., Poinso, R., Rusinek, S., & Willard, M. (2014). *Aide-mémoire Thérapies comportementales et cognitives* (2e éd.). Paris, FR: Dunod
- Clerc, J. (2013). Les déficiences d'utilisation stratégique chez l'enfant à la lumière de l'autorégulation : étape développementale ou caractéristique différentielle? *L'année psychologique*, 113(2), 287-318.
- Cornoldi, C., & Campari, S. (1998). Connaissance métacognitive et contrôle métacognitif dans le retard mental. Dans F. P. Büchel, J.-L. Paour, Y. Courbois, & U. Scharnhorst (Éds), *Attention, mémoire, apprentissage. Études sur le retard mental* (pp. 119-128). Lucerne, SZ:SZH-SPC.
- Cornoldi, C. F., & Vianello, R. (1992). Metacognitive knowledge, learning disorders and mental retardation. *Advances in learning and behavioral disabilities*, 7, 87-134.
- Foulin, J.-N., Mouchon, S., & La Borderie R. (2005). *Psychologie de l'éducation*. Paris, FR: Nathan.
- Haddar, Y., & Haelewyck, M.-C. (2014). *Projet d'accompagnement individualisé pour le raccrochage scolaire des jeunes enfants en situation de handicap. Illustration par deux études de cas*. Document consulté de <https://publications.uni.lu/bitstream/10993/19931/1/Houssemand-Meyers-Pignault-Actes-2014.pdf>
- Haelewyck, M.-C., & Gascon, H. (2010). *Adolescence et retard mental*. Belgique, BE : Edition De Boeck.
- Hooper, H. E. (1958). *Hooper Visual Organization Test : Manual*. Los Angeles, Calif.: Western Psychological Services
- Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond modularity: Adevelopmental perspective on cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique : intervention en réadaptation psychiatrique*. Québec, CA: Presse de l'université de Québec.
- Lefrançois, C., Van Diji, A., Bardel, M.-H., Fardin, J., & El Moussioui, F. (2011). L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 21*, 17-23.
- Mailloux, S., (2004). *Implication des fonctions exécutives et mise en évidence d'items significatifs dans le test d'organisation visuelle de Hooper* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, QC.
- Marlène, G., Stipanovic, A., & Robitaille, L. (2011). Les programmes de la gestion de la colère avec des personnes ayant une déficience intellectuelle: les dernières avancées, *Revue francophone de déficience intellectuelle, 22*, 112-128.
- Marot, T. (2009). Remédiation comme posture conseil en vae. Dans J. P. Boutinet (Éd), *L'ABC de la VAE (pp. 202-203)*. France, ERES.
- Meador, D. M., & Ellis, N. R. (1987). Automatic and effortful processing by mentally retarded and nonretarded persons. *American journal of Mental deficiency, 91*(6), 613-619.
- Franck, N. (2012). Remédiation cognitive en psychiatrie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 22*(3), 81-85.
- Oubrayrie, N., De Léonardis, M., & Safont, C. (1994). Un outil pour l'évaluation de l'estime de soi chez l'adolescent: l'ETES. *European review of applied psychology, 44*(4), 309-318.
- Paour, J. L., Bailleux, C., & Perret, P. (2009). Pour une pratique constructiviste de la remédiation cognitive. *Développements, 3*, 5-14.
- Pennequin, V., Sorel, O., Nanty, I., & Fontaine, R. (2011). Métacognition et déficience intellectuelle chez l'enfant et l'adolescent: effet d'un entraînement sur la résolution de problèmes. *Enfance, 2011*(2), 225-244.
- Petit, P. (2015). Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 25*, 3-11.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... 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
- Speilberger, C. D. (1983). *Manuel : Inventaire d'Anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y)*. Montreuil, FR : Edition du centre de psychologie Appliquée.
- Van der Molen, M. J. (2009). Working memory in children with mild intellectual disabilities: Abilities and training potential. Document consulté de https://scholar.google.fr/scholar?q=Working+memory+in+children+with+mild+intellectual+disabilities%3A+Abilities+and+training+potential.++&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5
- Vianin, P. (2012). Des outils de thérapie cognitivo-comportementale pour la remédiation cognitive. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 22*(3), 97-103.

Weschler, D. (2007). *Manuel d'administration et de cotation de la WISC IV. Echelle d'Intelligence de Weschsler pour enfants*. Montreuil, FR : Editions des Centres de Psychologie Appliquée.